

平成30年度福祉サービス苦情解決従事者研修会

参加申込書

福岡県運営適正化委員会委員長 様

所属団体名 (法人名、施設名など)	フリガナ
記入者	
施設種別 該当に○をしてください	高齢者 ・ 障害者 ・ 児童 ・ その他
サービス名称 もしくは施設種類	
第三者委員設置 の有無及び人数	有 ・ 無 名
住 所	
TEL	
FAX	

【参加者】 ※当日の受付は参加者の氏名で行います。フリガナを明記ください。

No. (県社協 記入欄)	氏 名	役職名	事業所内での苦情解決の役割 (該当に○をしてください)	9/3 (月)	9/13 (木)
				まどかびあ	国際会議場
				両日同内容です どちらかに○をしてください	
	※フリガナ		・ 苦情受付担当者 ・ 苦情解決責任者 ・ 第三者委員 ・ その他		
	※フリガナ		・ 苦情受付担当者 ・ 苦情解決責任者 ・ 第三者委員 ・ その他		
	※フリガナ		・ 苦情受付担当者 ・ 苦情解決責任者 ・ 第三者委員 ・ その他		
	※フリガナ		・ 苦情受付担当者 ・ 苦情解決責任者 ・ 第三者委員 ・ その他		
	※フリガナ		・ 苦情受付担当者 ・ 苦情解決責任者 ・ 第三者委員 ・ その他		