

「施設訪問相談事業」のご案内

福祉サービス苦情相談センターの苦情調整委員が相談を希望される契約事業所を訪問し、苦情解決責任者や受付担当者、様々な現場の職員さんとの懇談・アドバイス等を行います。



現場における適切・円満な苦情解決のための相談や職員さんの苦情解決制度への理解促進、サービスの質の向上を図るための研修・会議の一環としても、是非ご利用ください。

1 実施期間

当年度の上半期および下半期それぞれ6回程度

(1) 1事業所あたり、利用できる回数は1回までとします。

※ただし、同一法人で2事業以上の同一種別事業を一体的に実施している事業所につきましても、まとめて1回とさせていただきます。

(2) 本事業の1ヶ月の実施回数は2回までとし（同一種別の場合は1回まで）、それより多数のお申込みがあった場合には、翌月以降に調整させていただきます。

2 実施方法

(1) 対象 福祉サービス苦情相談事業 契約事業所

(2) 条件 相談内容が他に漏れないような場所（会議室等）の提供ができること

(3) 時間 2時間程度

(4) 内容 福祉サービスの利用に関する苦情についての相談（事業要綱第3条に基づく）
ただし、サービスの質の向上の観点からの、利用者処遇に関する相談であれば可能な限り助言等させていただきます。

※ご希望があれば、委員による利用者への苦情相談も、併せて実施いたします。

3 申込方法

随時、申込を受け付けておりますので、裏面「施設訪問相談事業申込書」にご記入の上、下記までご送付ください。（FAX可）訪問日は2～3週間前までに決定しお知らせいたします。

苦情調整委員が
お伺いします！

【お申込み・お問合せ先】

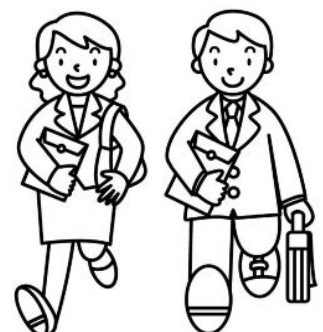
〒462-8558

名古屋市北区清水 4-17-1 市総合社会福祉会館5階

名古屋市社会福祉協議会

福祉サービス苦情相談センター あて（担当：加納、下里）

電話 (052) 910-7976 FAX (052) 910-7977



「施設訪問相談事業」申込書

平成 年 月 日

| | | | |
|---------------------------------|---|----------|---------------------------------|
| フリガナ | | | |
| 法人名 | | | |
| フリガナ | | | |
| 事業所名 | ※一法人で複数希望の場合は、事業所名（事業名）すべてを記入ください | | |
| 住 所 | 〒 - | | |
| 電 話 | () - | FAX | () - |
| 担当者 | <input type="checkbox"/> 苦情解決責任者 職種名/氏名 _____ / _____ <input type="checkbox"/> 苦情受付担当者 職種名/氏名 _____ / _____ <input type="checkbox"/> その他 職種名/氏名 _____ / _____ | | |
| 希望 相談 時期 | 1. 平成 年 月 | 希望 曜日 | 1. 月曜日 |
| | 2. 平成 年 月 | | 2. 火曜日 |
| | 3. 平成 年 月 | | 3. 水曜日 |
| | 4. 平成 年 月 | | 4. 木曜日 |
| | 5. 平成 年 月 | | 5. 金曜日 |
| | 6. 上記いずれでも可 | | 6. 上記いずれでも可 |
| | | | 希望 時間 |
| | | | 1. 午前 (: ~ :) 9時~12時で2時間以内 |
| | | | 2. 午後 (: ~ :) 1時~4時で2時間以内 |
| | | | 3. 上記いずれでも可 |
| 【主な相談内容、ご意見、ご質問、ご要望等】 ※別紙でも可 | | | |
| 【利用者相談を希望する場合は、右記を○で囲んでください。】 → | | | 希望します |