

受付日	年 月 日 ( ) 時 分		利用者	
連絡者	氏名		利用者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	TEL			
苦情等の内容				
事業所内の 共通確認				
類似点の調査	有 ・ 無 (有の場合は類似点を記入)			
再発防止の 取り組み	要因			
	再発防止の ための改善点	いつ・どこで・誰が・何をする・・・		
【 苦情対応の終結 】				