

# 記 載 例

第1号様式（第3条関係）

| 苦 情 申 立 書   |                         |
|---|-------------------------|
| ○ 年 ○ 月 ○ 日   |                         |
| (宛先) 昭島市総合オンブズパーソン  |                         |
| 郵便番号  | ※法人その他の団体にあつては、所在地、     |
| 苦情申立人 住 所   | 名称及び代表者の氏名を記入してくだ       |
| 氏 名   | さい。                     |
| 電話番号  | ( )                     |
| 昭島市総合オンブズパーソン条例第11条第2項の規定により、次のとおり苦情の申立てをします。   |                         |
| 苦情の原因となった事実のあった日  | ○ 年 ○ 月 ○ 日             |
| 苦情申立ての内容  |                         |
| ○○○について、○○○○なので、○○○○してほしい。  |                         |
| (総合オンブズパーソンに、解決してほしいことを簡潔に記入してください。)  |                         |
| 苦情申立ての理由  |                         |
| 苦情の生じた原因について、お気づきの点をできるだけ詳しく記入してください。(市の機関等の名前(課・係名)や、苦情の生じた場所、当時の状況、現在までの経過など)           |                         |
| 注1: この欄に書ききれない場合は、裏面に続けて記入してください。   |                         |
| 注2: 直接総合オンブズパーソン相談室に提出できない方は、ファックスや郵便でも苦情の申立てができます。                                       |                         |
| ※問い合わせ先 昭島市総合オンブズパーソン相談室  |                         |
| 〒196-8511 昭島市田中町1-17-1  |                         |
| (電話) 042-544-5111 内線2366 (ファクシミリ) 042-544-5121  |                         |
| 代理人 郵便番号  |                         |
| 住 所   | ※代理人が申立てる場合にのみ記入してください。 |
| 氏 名   | 申立人との関係 ( )             |
| 電話番号  | ( )                     |
| 他の制度への手続の有無   |                         |
| <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ※本制度以外に申立て等の手続きをしている場合記入してください。 ) |                         |
| 昭島市総合オンブズパーソンがこの苦情申立てに係る調査のため関係する機関に当該申立ての内容を伝えること及び必要な範囲に限り私の個人情報を見ることがについて同意します。        |                         |
| 氏名 ○ ○ ○ ○  |                         |

※苦情申立ての理由欄に書ききれないときは、裏面をご利用ください。