

職員苦情相談申込書

年 月 日

ふりがな ①氏名		②職名	
③所属名（団体名）			
④相談員が申込者に連絡する場合に希望する連絡方法 〔該当するもののみご記入ください。〕	<input type="checkbox"/> 電話	番号： [相談員が連絡する場合に、申込者が対応可能な時間帯] <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> () 時頃 <input type="checkbox"/> 曜日 () <input type="checkbox"/> 相談員からの連絡は不可 <input type="checkbox"/> その他 () <div style="text-align: right;">※相談対応時間：平日 9 時～17 時</div>	
	<input type="checkbox"/> 電子メール	アドレス：	
	<input type="checkbox"/> 郵送	宛先：	
⑤面談希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※面談希望の場合は、⑥もご記入ください。		
⑥面談希望日時 〔相談員の都合がつかない場合等は、日程調整をすることがあります。面談は 30 分程度です。〕	第 1 希望	年 月 日	時 分
	第 2 希望	年 月 日	時 分
	第 3 希望	年 月 日	時 分
⑦他機関又は上司・同僚等への相談の有無	<input type="checkbox"/> あり (相談時期： 年 月頃、相談相手：) (相談時期： 年 月頃、相談相手：) (相談時期： 年 月頃、相談相手：) <input type="checkbox"/> なし		
⑧相談内容	※具体的に記入してください。別紙可		

※ 相談申込書に記載された個人情報は、相談業務の実施に必要な範囲内でのみ利用します。