

令和 年 月 日

## 苦情申立書

(あて先)東京都板橋区保健福祉オンブズマン

申立人

住所

氏名

電話番号

本人との関係・資格

※	住所	
本	氏名	
人	電話番号	

※申立人と本人が同一の場合は記入不要

東京都板橋区保健福祉オンブズマン条例第10条の規定により、次のとおり申立てます。

申立ての原因となった事実のあった年月日	令和 年 月 日
申立ての対象となる事業者等	
申立ての趣旨(概要)	
申立の理由	別紙 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
他の制度への手続きの有無	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 区民相談 <input type="checkbox"/> 請願 <input type="checkbox"/> 陳情 <input type="checkbox"/> 行政不服審査 <input type="checkbox"/> 行政事件訴訟 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 無

## 同意書

本申立てに係る調査を行うに当たって、事業者が保有する私(本人)の個人情報の利用に同意します。

本人氏名

