

苦情相談申込書

平成 年 月 日

田川市公平委員会 様

相談者氏名

下記のとおり苦情相談を申し込みます。

記

所 属		職 名	
氏 名		性 別	男 ・ 女
連 絡 先	(本件について職員相談員が連絡してよい日時等) Tel — (内線) (□勤務先・□携帯) 時間帯 メールアドレス		
面談希望日時	年 月 日 午前 ・ 午後 時 分 (面談日時については、希望を踏まえて調整後、連絡します。)		
相 談 内 容	<input type="checkbox"/> 任用関係 <input type="checkbox"/> 給与関係 <input type="checkbox"/> 勤務条件・サービス関係 <input type="checkbox"/> 処分関係 <input type="checkbox"/> 厚生・福祉関係 <input type="checkbox"/> いじめ・嫌がらせ・セクハラ関係 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入してください) <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><ul style="list-style-type: none">・ 苦情の問題に関する具体的な事実・ 当事者間で話し合いを行った場合はその内容・ 自身が望む対処</div>		