

様式第1号

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">苦情の申出書</p>			
千葉県知事		年 月 日	
様			
住 所			
電話又はFAX			
氏 名			㊟
(※県内に住所を持たない場合)勤務先又は通学先 所在地			
名 称			
<p style="margin: 10px 0;">私は、千葉県男女共同参画苦情処理委員設置要綱第11条第1項の規定に</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">より、</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <p style="margin: 5px 0;">① 県が実施する男女共同参画社会の形成に資する施策及びこれに関連する施策に関する苦情</p> <p style="margin: 5px 0;">② 男女共同参画推進施策を阻害する要因によって人権が侵害された事案に関する苦情</p> </div> </div> <p style="margin: 10px 0;">を以下のとおり申し出ます。</p>			
<p>① 苦情を申し出る施策の名称又は人権侵害事案の具体的な内容</p>  <p>② 苦情の内容</p>			
<p>※ 調査のために必要な範囲において、県の関係行政機関(警察本部、教育庁等)にこの申出についての照会をすることに</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 同意します                      <input type="checkbox"/> 同意しません         </p>			
<p>他機関への相談の有無</p> <p>【例】労働基準監督署、労働局 雇用均等室、裁判所、警察署、議会への請願・陳情等</p>		<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 相談している      <input type="checkbox"/> 相談していない  <small>(相談している場合、その機関と状況を書いてください。)</small> </p>	
受付番号	担当者氏名	備考・補足事項	適否

※ 申出人本人の住所氏名等が特定できない申出については、申出がなかったものとみなします。  
 ※ 個人が特定される情報については千葉県個人情報保護条例に従い、秘密を厳守しますので、正確に記載してください。