

## 男女共同参画に関する苦情等申出書

年 月 日

長崎県知事 様

郵便番号

(申出人) 住 所

氏 名

電話番号

〔 法人その他の団体にあつては、名称、事務所  
又は事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

長崎県男女共同参画推進条例第 1 3 条の規定により、次のとおり苦情等の申出をします。

申し出の趣旨（内 容）及び理由																	
他の制度等へ の手続き等の 有 無	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 有</td> <td><input type="checkbox"/> 行政不服審査</td> <td><input type="checkbox"/> 直接請求</td> <td><input type="checkbox"/> 訴訟</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 長崎県行政相談</td> <td><input type="checkbox"/> 請願</td> <td><input type="checkbox"/> 陳情</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 家事調停・審判</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他 [ ]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 無</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">（該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けて下さい。）</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 行政不服審査	<input type="checkbox"/> 直接請求	<input type="checkbox"/> 訴訟		<input type="checkbox"/> 長崎県行政相談	<input type="checkbox"/> 請願	<input type="checkbox"/> 陳情		<input type="checkbox"/> 家事調停・審判	<input type="checkbox"/> その他 [ ]		<input type="checkbox"/> 無	（該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けて下さい。）		
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 行政不服審査	<input type="checkbox"/> 直接請求	<input type="checkbox"/> 訴訟														
	<input type="checkbox"/> 長崎県行政相談	<input type="checkbox"/> 請願	<input type="checkbox"/> 陳情														
	<input type="checkbox"/> 家事調停・審判	<input type="checkbox"/> その他 [ ]															
<input type="checkbox"/> 無	（該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けて下さい。）																
備 考 〔 上記以外の 連絡先など 〕																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">受付年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>機 関 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>担 当 者 名</td> <td></td> </tr> </table>	受付年月日	年 月 日	機 関 名		担 当 者 名											
受付年月日	年 月 日																
機 関 名																	
担 当 者 名																	