

## サービス提供に関する苦情・相談窓口について

苦情が発生した場合は、ただちに担当者が状況の把握を行うとともに居宅介護支援事業所と連絡を取りサービス内容の変更その他具体的な対応が必要とされた場合には管理者と相談の上必要な措置を講じます。

事業所 窓口	訪問看護ステーション ソラリス	所在地	大阪府大阪市中央区南船場3丁目6-10 エミネント心斎橋ビル4F
		電話番号	06-6121-2837
		F A X	
市町村窓口	大阪市福祉局 高齢施策部介護保険課 (指定・指導グループ)	住所	大阪市中央区船場中央3-1-7-331
		電話番号	06-6241-6310
	北区役所 保険福祉センター (介護保険)	住所	大阪市北区扇町2-1-27
		電話番号	06-6313-9859
	都島区役所 保険福祉センター (介護保険)	住所	大阪市都島区中野町2-16-20
		電話番号	06-6882-9859
	福島区役所 保険福祉センター (介護保険・高齢者福祉)	住所	大阪市福島区大開1-8-1
		電話番号	06-6464-9859
	此花区役所 保健福祉センター (介護保険)	住所	大阪市此花区春日出北1-8-4
		電話番号	06-6466-9859
	中央区役所 保健福祉センター (介護保険)	住所	大阪市中央区久太郎町1-2-27
		電話番号	06-6267-9859
	西区役所 保健福祉センター (介護保険)	住所	大阪市西区新町4-5-14
		電話番号	06-6532-9859
	港区役所 保健福祉センター (介護保険)	住所	大阪市港区市岡1-15-25
		電話番号	06-6576-9859
	大正区役所 保健福祉センター (介護保険)	住所	大阪市大正区千島2-7-95
		電話番号	06-4394-9859
	天王寺区役所保健福祉センター (介護保険)	住所	大阪市天王寺区真法院町20-33
		電話番号	06-6774-9859
浪速区役所 保健福祉センター (高齢者支援)	住所	大阪市浪速区敷津東1-4-20	
	電話番号	06-6647-9859	
西淀川区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (高齢者支援)	住所	大阪市西淀川区御幣島1-2-10	
	電話番号	06-6478-9859	
淀川区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (介護保険)	住所	大阪市淀川区十三東2-3-3	
	電話番号	06-6308-9859	
東淀川区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (介護保険)	住所	大阪市東淀川区豊新2-1-4	
	電話番号	06-4809-9859	

市町村窓口	東成区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (介護保険・高齢者福祉)	住所	大阪市東成区大今里西 2-8-4
		電話番号	06-6977-9859
	生野区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (介護保険)	住所	大阪市生野区勝山南 3-1-19
		電話番号	06 6715-9859
	旭区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (介護保険)	住所	大阪市旭区大宮 1-1-17
		電話番号	06-6957-9859
	城東区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (介護保険)	住所	大阪市城東区中央 3-5-45
		電話番号	06-6930-9859
	鶴見区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (高齢者支援)	住所	大阪市鶴見区横堤 5-4-19
		電話番号	06 6915-9859
	阿倍野区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (介護保険)	住所	大阪市阿倍野区文の里 1-1-40
		電話番号	06-6622-9859
	住之江区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (高齢・介護保険)	住所	大阪市住之江区御崎 3-1-17
		電話番号	06-6682-9859
	住吉区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (介護保険)	住所	大阪市住吉区南住吉 3-15-55
		電話番号	06-6694-9859
	東住吉区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (介護保険・高齢)	住所	大阪市東住吉区東田辺 1-13-4
		電話番号	06-4399-9859
	平野区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (介護保険)	住所	大阪市平野区背戸口 3-8-19
		電話番号	06 4302-9859
西成区役所 保健福祉センター 保健福祉課 (介護保険)	住所	大阪市西成区岸里 1-5-20	
	電話番号	06-6659-9859	
	市町村窓口すべて	受付時間	9:00~17:30(月曜日~金曜日、但し祝日・ 12月29日~1月3日を除く)
公的団体 窓口	大阪府国民健康保険団体連合	所在地	大阪市中央区常磐町 1-3-8 中 央大通 FN ビル
		電話番号	06-6949-5418
		受付時間	9:00~17:00(月曜日~金曜日、但し祝日・ 12月29日~1月3日を除く)

上記の通り、「サービス提供に関する相談・苦情について」の文書交付及び説明を受け同意しました。

年 月 日

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

株式会社 トライアース

(署名・法廷)

ソラリス 訪問看護ステーション

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞