

異議・苦情申立書

以下に必要事項をご記入の上、MLAP 技能試験実行委員会事務局宛に FAX で送信してください。

FAX 番号 : 03-3878-2639

MLAP 技能試験に関する異議・苦情申立書

記入日			
試験所情報	※試験実施担当者と本件担当者が異なっても結構です。		
MLAP 認定事業所名			
所在地	〒		
記入者氏名			
部署・役職			
連絡先電話番号			
連絡先 FAX 番号			
苦情等の内容			
試験番号	MLAP -		
申し入れ区分	申し入れ区分にチェックしてください。(複数可) <input type="checkbox"/> 苦情 <input type="checkbox"/> 異議申立 <input type="checkbox"/> その他		
詳細			
添付資料	詳細について、必要な場合は別紙に記入して添付してください。		
事務局記入欄			
受付日付		担当者	