



機密
国際認定ラクテーション・コンサルタント資格試験評議会
行動規範
コンプレインフォーム

1. 日付: _____

2. コンプレイン(苦情)を報告する人(申告者):

名前: _____ 電話番号: _____

役職名: _____ 雇用主: _____

住所: _____

Emailアドレス: _____

3. コンプレイン(苦情)を報告されるIBLCE認定保持者:

名前: _____ 電話番号: _____

役職名: _____ 雇用主: _____

住所: _____

Emailアドレス: _____

4. コンプレイン(苦情)を報告される認定保持者と報告者との関係(例
監督者、同僚、相談者(サービス利用者?)、など):

5. コンプレイン(苦情)の要旨(誰が、何を、どこで、いつ、なぜ、どのように、をあなたの言葉で書いてください)[必要があれば追加用紙を使用してください]

6. このコンプレイン(苦情)報告を受けた認定者が違反したIBLCEの行動規範の条項を特定してください。

7. このコンプレイン(苦情)が生ずるに至った出来事を知っているその他の人

名前: _____ 電話番号: _____

役職名: _____ 雇用主: _____

住所: _____

Emailアドレス: _____

名前: _____ 電話番号: _____

役職名: _____ 雇用主: _____

住所: _____

Emailアドレス: _____

8. このコンプレイン(苦情)を報告した他の機関や組織(たとえば、政府のライセンスボード(資格評議会?)、警察、その他の関係官庁など)

この文章に署名することにより、すべての情報が事実かつ正確であることを証明します。

署名: _____ 日付: _____

あなたのコンプレイン(苦情)にある陳述がIBLCEの行動規範に違反する可能性があるとは判断された場合、このコンプレイン(苦情)は調査のために公開されたことが通知されます。

この報告書を「親展」と明記し下記にお送りください。

International Board of Lactation Consultant Examiners (“IBLCE”) International Office
Attention: Ethics and Discipline Committee
10301 Democracy Lane, Suite 400
Fairfax, VA 22030
USA