年　　月　　日

咨询或投诉内容

JAL供应商热线 负责人：

| 1. 咨询，投诉人个人信息
 |
| --- |
| 姓名（全名）＊ | □匿名提交 |
| 联系电话 |  |
| 电子邮件地址＊ |  |
| 所属组织名称（公司，办事处，团体等）＊ |  |
| 所属部门 |  |
| 希望匿名咨询或投诉＊ | □是　□可以公开 |
| 希望得到调查结果等的反馈＊ | □是　□否 |
| 反馈方式（可多选）＊ | □电话　□电子邮件　□邮寄 |
| 1. 被投诉方信息
 |
| 组织名称（公司，办事处，团体等）＊ |  |
| 部门 |  |
| 姓名 |  |
| 与本公司的业务往来形态 |  |
| 1. 咨询或投诉具体内容＊
 |
|  |
| 1. 期待的解决方式＊
 |
|  |

＊必填内容