

公益通報受付・相談シート

あなたの氏名	(・匿名)	本用紙に記載した日	年 月 日
あなたの所属	(部科校名, 部署名等)		
	(派遣労働者の場合, 派遣元も記入してください)		
あなたの役職・資格等			
希望する 連絡方法	電話(自宅・職場・携帯・他())・電子メール(自宅・職場・他()) FAX(自宅・他())・郵便(自宅・職場・他())・他()		
連絡先			
通 報 内 容	通報対象者: _____ 部署: _____ 通報対象事実は(生じている・生じようとしている・その他()) (いつ) _____ (どこで) _____ (何を) _____ (どのように) _____ (何のため) _____ (なぜ生じたのか) _____ 対象となる法令違反等 _____ 通報対象事実を知った経緯: _____ _____ 通報対象事実に対する考え: _____ _____ 特記事項: _____ _____		
証拠書類等の用意(有 (書面・テープ・フロッピー・その他())・無)			
調査等の進捗状況・結果の通知(希望する ・ 希望しない)(匿名での通報の場合は通知できません)			

通報内容を整理するために使用してください(このシートをファクシミリ・郵送・電子メールで送付していただいてもかまいません)。

あなたの分かる範囲で記入してください(全てを埋める必要はありません)。

できるだけ実名での通報・相談をお願いいたします。匿名の場合は調査に支障をきたすことが考えられ、対応に限界があります。また、調査結果及び再発防止策等につき御連絡できないことを御了承ください。