

(様式)

公益通報・相談受付

通報日	令和 年 月 日		
通報・相談者 氏名等	住所	〒	□ 匿名*
	所属		
	氏名		
希望する 連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話		
	<input type="checkbox"/> メール		
	<input type="checkbox"/> F A X		
	<input type="checkbox"/> 書 面	(住所)	
通報・ 相談 内容	通報・相談の別	<input type="checkbox"/> 通報(外部窓口利用の場合: <input type="checkbox"/> 法人に対する匿名措置希望) <input type="checkbox"/> 相談	
	通報対象者 (部署)		
	通報の内容 (いつ・どこで・何が)		
	特記事項		
証拠書類等の用意	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
結果の通知	<input type="checkbox"/> 希望する (匿名での通報の場合は通知できません) <input type="checkbox"/> 希望しない		

※ できる限り実名での通報にご協力ください。(匿名の場合、調査結果の通知等ができない又は事実関係の調査を十分に行うことができない可能性があります。)