

＜ 通報フォーマット ＞

| | | | |
|---|---|-----------|-------------------|
| 通報者の氏名 | <input type="checkbox"/> 匿名 | 本用紙に記載した日 | 令和 年 月 日 |
| 通報者 (区分) | ※チェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 職員 (社員番号: 部署:) <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣労働者 (派遣元:) <input type="checkbox"/> 取引事業者 (取引関係: 社名:) <input type="checkbox"/> 他 | | |
| 希望する 連絡方法 | ※チェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 他 () | | |
| 連絡先 | | | |
| 通報内容 | 1. 通報対象者: 部 署: 2. 通報対象事実 ※チェックを入れてください <input type="checkbox"/> 生じている <input type="checkbox"/> 生じようとしている <input type="checkbox"/> 他 () (いつ・どこで・何を・どのように・何のために・なぜ生じたのか・対象となる法令違反等) 3. 通報対象事実を知った経緯: 4. 通報対象事実に対する考え: 5. 特記事項: | | |
| 証拠書類の用意 ※チェックを入れてください <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> データ <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無 | | | |

※通報内容を整理するために使用して下さい。(この書面を郵送・メールで送っていただいても構いません。)

※あなたの分かる範囲で記入して下さい。(全てを埋める必要はありません。)

※できる限り実名での通報に御協力下さい。(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。)