

公益通報・相談シート

平成 年 月 日

公益通報者	氏 名	(・匿名)	
	所属・職名		
被通報者 (通報対象者)	氏 名		
	所属・職名		
通報対象事実の 態様及び内容	概要 (いつ、どこ で、何が)		
	対象となる 法令違反等		
	当該事実を 知った経緯		
特記事項			
通報対象事実が生じ、又はまさ に生じようとしていると信ず るに足りる相当の理由又は通 報対象事実に係る証拠	<input type="checkbox"/>	書面	
	<input type="checkbox"/>	電子媒体	
	<input type="checkbox"/>	その他 ()	
	<input type="checkbox"/>	無し	
結果の通知等を希望する場合 の連絡方法 (※匿名の場合は通知できま せん)	<input type="checkbox"/>	電話	TEL ()
	<input type="checkbox"/>	Eメール	e-mail:
	<input type="checkbox"/>	郵便	〒
	<input type="checkbox"/>	その他	
	<input type="checkbox"/>	希望しない	
<p>1 分かる範囲で記入してください。□は、該当する項目にレを記入してください。</p> <p>2 枠内に記入しきれない場合は、枠の大きさを適宜調整するか、用紙を追加してください。</p> <p>3 証拠書類等がある場合には、あわせて提出してください。</p> <p>4 できる限り、実名での通報にご協力ください。匿名での通報の場合、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るため、当該通報を信ずるに足る相当の理由、証拠等がある場合に限り、これを受け付けます。</p>			