

公益通報（相談）シート

1 通報年月日	年 月 日
(ふりがな)	(ふりがな)
2 通報者の氏名 <small>(匿名の場合は※3・4をご確認ください。)</small>	(氏名) 匿名 <input type="checkbox"/> (匿名の場合はチェックしてください。)
3 通報者の所属等	<input type="checkbox"/> 教職員（所属： _____ 職名： _____） <input type="checkbox"/> 派遣職員（派遣元： _____） <input type="checkbox"/> 業務委託労働者（事業所： _____） <input type="checkbox"/> 退職者（元所属： _____ 元職名： _____） <small>※退職者：当該通報1年以内に職員であった者</small>
4 連絡先 <small>※通報者への連絡は、通報を受けた通報窓口から行います。</small>	<input type="checkbox"/> 電話（ <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 職場） 電話番号： _____ <input type="checkbox"/> FAX（ <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 職場） FAX番号： _____ <input type="checkbox"/> 電子メール メールアドレス： _____ <input type="checkbox"/> 書面郵送（ <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 職場） 住所： 〒 _____
5 通報内容	
①通報対象者	氏名： _____ 所属： _____ 職名： _____
②通報する事実又はま さに生じようとしてい る理由 <small>(いつ、どこで、どのように等)</small>	
③対象となる法令違反	
④事実を知った経緯	
⑤特記事項（※）	
6 証拠書類等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>※有の場合は、あわせて提出してください。</small>
7 通報受付後の処理状況の 通知の要否	<input type="checkbox"/> 要 <small>※必要な方のみチェックしてください。</small>

※1 欄は、該当するものをチェックしてください。

※2 枠内に収まらない場合は適宜用紙を追加してください。

※3 匿名による通報は、当該通報を信ずるに足る相当の理由、証拠等があるときに受け付けます。

※4 匿名による通報の場合、調査結果等の通知ができない、又は事実関係の調査ができない可能性があります。

※5 他に法令違反等の内容を知っていると思われる者の所属・氏名等記入してください。

(以下通報窓口記入欄)

1 受付年月日	年 月 日
2 受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 面会
3 受付者	<input type="checkbox"/> 学内通報窓口（担当者： _____） <input type="checkbox"/> 学外通報窓口（担当者： _____）