

<通報フォーマット>

通報者の氏名	□匿名	本用紙に記載した 日	令和 年 月 日
通報者 (区分)	※チェックを入れて下さい <input type="checkbox"/> 職員 (部署:) <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 取引事業者社名:() <input type="checkbox"/> その他()		
希望する 連絡方法	※チェックを入れて下さい <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()		
連絡先			
通報内容	1. 通報対象者: 部 署: 2. 通報対象者事実 ※チェックを入れて下さい <input type="checkbox"/> 生じている <input type="checkbox"/> 生じようとしている <input type="checkbox"/> その他() 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 ※チェックを入れて下さい <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			