

## 公益通報・相談シート

※可能な範囲で記入、該当項目にチェック（☑）をしてください。分かる範囲で、出来るだけ詳細に記載して下さい。なお、書ききれない場合や関連資料がある場合には、別添として下さい。

※実名での通報にご協力ください。匿名の場合、調査に関する通知や十分な調査を行えない可能性があります。※証拠書類等（書面に限らず、電磁的記録媒体等事実の証拠となる物品を含みます）がある場合は、別添として添付ください。

記 入 日	年 月 日		
通 報 者 氏 名	( <input type="checkbox"/> 匿名希望 )		
通 報 者 所 属	<input type="checkbox"/> 教 職 員 (所属: _____ ) <input type="checkbox"/> 派 遣 職 員 (所属: _____ 派遣元: _____ ) <input type="checkbox"/> 役 員 (理事、監事)		
通 報 者 連 絡 先	電話 ..... (内線 _____ ) F A X ..... Eメール ..... 郵送先 〒 _____		
通 報 内 容	①通報対象者（氏名、所属、職名）		
	②通報の対象となる事実 <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具体的内容（いつ）（どこで）（何を）（どのように）※できるだけ具体的に記入してください。		
	④通報対象事実を知った経緯		
	⑤通報対象事実に対する意見・考え		
	⑥対象となる法令違反、その他特記事項		
証 拠 資 料 等 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし	書 類 等 の 内 容 (電子媒体等含む)	
調 査 結 果 等 の 通 知	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない    ※匿名での通報の場合は通知できません。		

《内部監査室記入欄》				受付者：			
受付日	年	月	日	時	分	受付番号	No..