

学校法人中村学園 公益通報・相談シート

1.通報・相談者 (<input type="checkbox"/> 匿名希望) 匿名希望の場合、 氏名欄は空白で可	(1)氏名(ふりがな):
	(2)勤務先・所属:
	(3)連絡先 ア:住所(郵送の場合)
	イ:電話番号(<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他)
	ウ:メールアドレス @
	(4)通知の希望 <input type="checkbox"/> 受理通知を希望 <input type="checkbox"/> 調査結果等通知を希望 <input type="checkbox"/> いずれも希望しない
	2.被通報者
	(1)氏名(ふりがな):
(2)所属:	
3.通報等の内容	(1)時期:
	(2)場所:
	(3)違反行為の具体的内容 ※誰が、何を、どうしたのか、その結果どうなったか記載してください。 ※その事実を知った経緯も記載してください。
	上記の事実が <input type="checkbox"/> 生じている <input type="checkbox"/> 生じようとしている
	(4)証拠書類の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
(5)この通報以外、どこかに通報・相談していますか <input type="checkbox"/> 通報・相談していない <input type="checkbox"/> 通報・相談した(<input type="checkbox"/> 是正されていない <input type="checkbox"/> 不利益を受けた <input type="checkbox"/> その他)	

※虚偽の通報、他人の誹謗中傷、その他不正な目的による通報は受け付けません。

※匿名での通報・相談は事実関係の調査が十分に行えない可能性があります。

※受付者記入欄(受付方法・受付年月日・受付者氏名)