学校法人聖マリアンナ医科大学 公益通報シート

フリガナ					記載年月日	年　月　日	
通報者の氏名	（・匿　名）						
通報者の所属	教　職　員	所属・部署				役職	
	パート・アルバイト・契約職員等	所属・部署					
	派 遣 職 員	所属・部署				派遣元	
	関 係 企 業	本学との関係		社 名		部　署	
	そ　の　他						
希望する連絡方法・連絡先	電　　話	自宅・職場・携帯・他(　　)					
	ＦＡＸ	自宅・他(　　)					
	電子メール	自宅・職場・携帯・他(　　)					
	郵　　送	自宅・職場・他(　　)	〒　　－				
通 報 内 容	通 報 対 象 者		所属・部署				
	通報対象事実	1. すでに生じている　　2. これから生じようとしている					
	（い　つ）						
	（ど こ で）						
	（何　を）						
	（どのように）						
	（何のために）						
	（なぜ生じたのか）						
	対象となる法令違反等						
	通報対象事実を知った経緯						
	通報対象事実に対する考え（当該事実があると信ずるに足りる理由又は当該事実があると思料する理由等）						
	その他・特 記 事 項						
証拠書類等の用意	1. 書面　2. 電子媒体　3. テープ　4. その他(　　)　5. なし						
調査等の進捗状況・結果の通知	1. 希望する　2. 希望しない　（※ 匿名の通報の場合は通知できません。）						

※ このシートに記入しきれいない場合は別紙にご記入ください（様式は自由）。