

医療法人銀門会 公益通報/相談書様式

公益通報者の氏名	・ (匿名)		記入日	年	月	日
公益通報者の所属等	<input type="checkbox"/> 職員 (部署 :) <input type="checkbox"/> 派遣労働者 (派遣元 :) <input type="checkbox"/> 契約労働者 (契約先 :) <input type="checkbox"/> その他 ()		職名 :)		
通報等の内容	<input type="checkbox"/> 公益通報の対象者 : 部署 :					
	<input type="checkbox"/> 公益通報対象事実は (生じている・生じようとしている・その他 ())					
	○いつ					
	○どこで					
	○何を					
	○どのように					
○何のために						
<input type="checkbox"/> 対象事実を知った経緯 <input type="checkbox"/> 対象事実に対する考え <input type="checkbox"/> その他特記事項						
証拠書類等の有無	有 (書面・その他 ()) ・ 無					
調査結果の通知	希望する ・ 希望しない		※匿名での通報の場合は、通知できません。			
希望する場合の連絡方法・連絡先	電 話 (自宅・職場・携帯)		電話番号			
	メール (自宅・職場)		メールアドレス			
	F A X (自宅・他 ())		FAX番号			
	郵 送 (自宅・職場)		〒・住所			

※通報内容を整理するためにご使用ください。

※ご自身の分かる範囲でご記入ください。(全て記入する必要はありません。)

※顕名での通報にご協力願います。(匿名の場合、調査結果等を通知できない、又は事実関係の調査を十分に行うことができない可能性があります。)