|  |
| --- |
| **公益通報制度　通報受付票**※ 下記の太枠内の項目をご記入ください。 |
| 　受付番号 |  | 担当者 |  |
| 通報受付日 | 　年　　月　　日（　）　　時　　　分 | 通報の方法 |  |
| **通報者名・部署** |  |
| **連絡先** |  |
| **通報内容** | **①通報対象者：　　　　　　　　　　　　　　　　部署：****②不正の内容****③証拠書類の有無　（有　[内容：　　　　　　　　　　　　　　 　] ・ 無）**（別紙添付でも可能）**④その他・特記事項** |
| 留意事項 |  |
| 通報受領の通知 | 不要　・　　　年　　　月　　　日 |

|  |
| --- |
| **通報事実の検討** |
| 通報対象事実を裏付ける証拠等は | 十分 ・ 不足 （　　　　　　　　　　　　　） |
| 調査の必要性の有無 | 有　・　無 | 調査開始の決定日 | 月　　　　日 |
| 通報者への調査を行う旨の通知日 | 月　　　　日 |