

学校法人稲置学園 公益通報・相談シート

記載日	年 月 日			
氏名				<input type="checkbox"/> 匿名
所属	教員	所属		役職
	職員	所属		役職
	派遣労働者	派遣部署		派遣元
	業務委託労働者	委託部署		社名
希望する連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> FAX (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 郵便 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> その他 ()			
連絡先				
通報内容	通報対象者		所属	
	通報対象事実	<input type="checkbox"/> 生じている <input type="checkbox"/> まさに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			
	特記事項			
この通報以外でどこかに通報・相談していますか	<input type="checkbox"/> 通報・相談した <input type="checkbox"/> 通報・相談したが是正されていない <input type="checkbox"/> 通報・相談した結果、不利益を受けた <input type="checkbox"/> 通報・相談していない			
	通報・相談先			
	通報・相談時期			
証拠書類等	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日送付) <input type="checkbox"/> 無			
調査結果の通知	<input type="checkbox"/> 希望 ※匿名による通報の場合は通知できないことがあります。			