内部公益通報受付整理票

|  |  |
| --- | --- |
| 通報者 | 氏名 |
| 所属 | 役職 |
| 通報内容 | 発生した日時　　　　年　　月　　日　　時 |
| 発生した場所　　　 |
| 内容（経緯、理由、証拠等）　 |
| 他に通報内容を知っている者の有無 | * 有　　□　無
 |
| 通報を裏付ける資料の有無、提出の可否 | 資料　□　有　□　無 | 提出　□　可　□　不可 |
| 受理(不受理)及び結果の報告等の希望 | □　希望する　□　希望しない |

※１　この書面は、郵送、ファクシミリなどで通報を行う際に使用できます。

※２　実名での通報にご協力ください。匿名の場合、客観的かつ具体的な根拠に基づく必要があります。また、連絡先が不明の場合、必要な通知や事実関係の調査が十分に行えない可能性があります。