公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院　公益通報窓口　宛

公　益　通　報　書

通報日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | | |
| 所　　属 | |  | | |
| 連絡方法・連絡先 | | 電 　 話 |  | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| メ ー ル |  | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ファックス |  | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通 報 内 容 | 通報対象者 （氏名、所属） |  | | |
| 通報の内容 |  | | |
| 特記事項 |  | | |
| 証拠書類等の有無 | | 有/無 | | （書類等の内容：　　　　　　　　　　　　） |
| 結果の通知希望 | | 希望する/希望しない | | |

※　できる限り実名での通報と「連絡方法・連絡先」（可能な限りで）の記載にご協力ください。匿名での通報の場合、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。

※　氏名その他の個人情報については、窓口等から通報者への連絡、調査その他通報処理に関し必要な限度でのみ使用し、適切に保護を行います。

※　「通報内容」については、通報の対象となる事実が「いつ」「どこで」「どのように」「どのような理由で」「どのような法令に違反して」生じ、又はまさに生じようとしているかを分かる範囲でご記入ください。

※　「証拠書類等」とは、書面に限らず、電磁的記録媒体その他通報内容における事実の証拠となる物品を含みます。通報の際には、これらのものも提出願います。