

理事長	学長		事務局長	事務局次長	監査室長	監査室	受付

公 益 通 報 届

受付No. _____

フリガナ					記載 年月日	年 月 日
あなたの氏名						
あなたの所属	職 員 所 属				職 名	
	派 遣 職 員 派 遣 元				派遣部署	
	取 引 先 取 引 関 係			社名		
	学生等・生徒等	学部・学科等				
通報内容	通 報 対 象 者				所属	
	通 報 対 象 事 実	1. 既に生じている 2. これから生じようとしている ←※該当するものを○で囲む。				
	・いつ…					
	・どこで…					
	・何を…					
	・どのように…					
	・何のために…					
	・なぜ生じたか…					
	・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						
証拠書類等の有無	1. 有く書面・テープ・電子媒体・その他)・2. 無					
調査等の進捗状況及び結果の通知を希望する場合の連絡方法・連絡先 (※匿名の場合は通知できません。)	※ 希望の連絡方法を○で囲み、右にその連絡先を記入。)					
	1. 電 話*	〔 自宅・職場・携帯・その他()) : _____				
	2. 電子メール	〔 自宅・職場・携帯・その他()) : _____ @ _____				
	3. 郵 送	〔 自宅・職場・その他()) : 〒 _____ - _____				
	4. その他	() _____				
	* 上記1の電話連絡の希望者で、都合のよい時間帯等 :					

※ 通報に際しては、「学校法人麻布獣医学園公益通報等に関する規程」を必ずお読みください。
 ※ 実名での通報に御協力ください。(匿名の場合、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。)
 ※ 通報の内容については、わかる範囲で記入してください。(すべてを埋める必要はありません。)
 ※ 氏名その他の個人情報については、窓口等からの通報者への連絡、調査その他通報処理に関し必要な限度でのみ使用し、適切に保護します。