

公益通報連絡票

通報日(発信日)	年 月 日		
通 報 者	本学役職員	所属(本学との関係)	
		氏 名	
	本学役職員等 以外	本学との関係	
		氏 名	
※匿名希望	<input type="checkbox"/> 匿名希望 (客観的に事実を証明するものが必要) (匿名希望の理由: _____)		
通報の受付通知	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※匿名の場合は、通知はありません。		
調査結果・大学の対応の通知	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※匿名の場合は、結果通知はありません。		
あなたの連絡先	電 話		
	※通報内容の確認及び調査方法の検討のため必要がある場合に、通報窓口から連絡することがあります。		
	E-Mail		
通報内容 ①いつ ②誰が ③何をした又はするおそれがある ④③の行為が何に違反しているのか ⑤上記内容を知った経緯	※ 左記①～⑤を参考に、通報する内容を具体的に記載してください。		
通報内容の事実を証する資料等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 添付 (資料等の内容: _____)		
緊急性の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) <input type="checkbox"/> 不明 ※ 有の場合は、その理由といつまでに対応が必要か記入してください。		
備考			