【公益通報届】

別紙様式（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 匿名希望　□ | | | 記載 年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 通報者の氏名 |  | | |
| 通報者の所属 | 1.職員（委託含む）　2.派遣職員　3.学生　4.取引先　5.退職者　6.その他　 ※該当する番号を〇で囲んでください | | | | | | | | | | | |
| 職員 | 部署 |  | | | | | 職種・役職 | |  | | |
| 派遣 | 派遣元 |  | | | | | 派遣部署 | |  | | |
| 学生 ※該当する番号を〇で囲んでください | 所属 | 1.医学部　2.歯学部　3.薬学部　4.看護学部　5.その他（　　　　） | | | | | | | | | |
| 学年 | 第　　　学年 | | | | | | | | | |
| 取引先 | 会社名 |  | | | | | 取引先の部署 | | |  | |
| 通報者の連絡先 | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | （□自宅　□携帯電話　□内線番号　□その他） | | | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | | | |
| 希望する連絡方法　□電話　 □メール　 □郵送 　□その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 通報内容 | ①被通報者： | | | | | 職種： | | | | | | 部署： |
| ②通報の事実が　□発生している　□発生しようとしている　□その他（　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | |
| （いつ） | | | | | | | | | | | |
| （どこで） | | | | | | | | | | | |
| （何を） | | | | | | | | | | | |
| （どのように） | | | | | | | | | | | |
| （何のために） | | | | | | | | | | | |
| （なぜ発生したのか） | | | | | | | | | | | |
| （その結果どうなったのか） | | | | | | | | | | | |
| 対象となる法令・学内規程違反等： | | | | | | | | | | | |
| ③通報の事実を知った経緯： | | | | | | | | | | | |
| ④通報の事実に対する考え： | | | | | | | | | | | |
| ⑤本窓口以外への通報・相談　　□有〔行政機関・上司・その他（　　　　） 〕　・ □無 | | | | | | | | | | | |
| ⑥特記事項： | | | | | | | | | | | |
| 証拠書類 | □有（書面・録音データ・承認者等、具体的に記載してください。）　・　□無 | | | | | | | | | | | |
| 調査等の進捗状況・ 結果の通知 | □希望する 　□希望しない　※匿名の場合は通知できかねます。 | | | | | | | | | | | |

備考１ 実名での通報にご協力ください。 匿名を希望される場合は、受付けはしますが、保護されない場合があります。

また、調査結果等について、後日、問い合わせがあっても回答できませんのでご了承願います。

1. 分かる範囲で詳細に記入してください（すべてを埋める必要はありません）。記入しきれない場合や証拠資料がある場合は別添として提出してください。
2. 本様式は、「岩手医科大学内部監査室内 公益通報受付・相談窓口」宛に送付してください（住所等については、本学ホームページの「公益通報受付・相談窓口について」をご確認ください）。
3. 受信日より20日以内に受付の可否について連絡します。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）