

別紙様式（第4条関係）

氏名	・匿名	記入日	年 月 日 ( )
住所			
電話			
FAX			
Eメール			
所属（部署・学部等）			
希望連絡方法	電話(携帯・固定) / FAX / メール / 郵送 / その他		
連絡時留意事項			
相談内容	① 通報対象者 : ② 所属 : ③ 内容 (いつ、どこで、何が、どのように行われたか詳しく記載) ・ ・ ・ ・ ④ 現状 生じている・生じようとしている (行われている・行われようとしている) その他 [ ] ⑤ 関係があると思われる法令等 [ ] ⑥ 証拠書類等： 有 [書面・その他 ]・ 無 ⑦ 本窓口以外への通報・相談 有 [行政機関・上司・その他 ]・ 無 ⑧ その他の参考となる事項		
結果の通知の希望の有無	希望する ・ 希望しない		

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、受け付けはしますが、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。

2 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。

3 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)。

4 受信日より 20 日以内に受付の可否について連絡します。