**公益通報・相談受付シート（通報者用）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事　　項 | 内　　　　　容 |
| 通報日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 通報者氏名等 | 住所：〒  氏名：  電話番号：　　　 －　　　　 －  所属（部署名）：  職名： |
| 希望する  連絡方法  いずれかに○印を  おつけ下さい。 | ・電話（自宅・職場・携帯・他（　　　　　）：電話番号  ・メール（自宅・職場・他（　　　　）：E-mailアドレス  ・ＦＡＸ（自宅・他（　　　　）：FAX番号  ・郵送（自宅・職場・他（　　　　）  ：発送先  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡の際の留意事項（連絡方法の順番、都合の良い時間帯等を記入願います。) |
| 通報の内容 | (詳細に記述のこと) |
| 証拠書類の用意 | ・有（書面・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　））  ・無 |