公益通報・相談受付シート

学校法人福岡女学院

太線の枠内にご記入ください。

通報日	年　　月　　日（　　）	
通報者	氏　　名	
	身　　分 （〇を記入）	1.役員　2.教職員　3.派遣労働者　4.取引事業者の労働者 2-4の退職者等[2.教職員 3.派遣労働者 4.取引事業者の労働者]
	所　　属	※3.4の場合は会社名
希望する連絡方法 （いずれかに〇を記入） 及び　連絡先	電　　話	
	ＦＡＸ	
	メール	
	郵　　送	〒
通報等の対象者 （被告発者）	氏　　名	
	所　　属	
通報等の内容	通報等の対象事実は（ 生じている ・ 生じようとしている ・ その他　　）	
	いつ	
	どこで	
	何を	
	どのように	
	何のために	
	なぜ生じたか	
	通報対象事実を知った経緯	
	証拠書類	
	その他	
調査結果等の通知	希望する　・　希望しない　　（〇を記入）	

※受付者記入欄

受付方法		
受付年月日	年　月　日	受付者氏名：

※原則として実名での通報をお願いします。匿名の場合は、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。
※通報内容については、分かる範囲でご記入ください。
※受け付けた個人情報は、相談・告発に関して必要な業務を行うために使用し、その他の目的には使用しません