

地方独立行政法人徳島県鳴門病院 公益通報書			
通報者氏名		記入日	
通報者の所属			
通報者の身分	1役員 2職員 3派遣労働者 4委託業務従事者 5その他()		
連絡先	下欄で選択する「希望する連絡方法」の連絡先のほか、通知文書の送付先を明記して下さい。		
希望する連絡方法	1電子メール 2書面(郵送) 3その他()		
通 報 内 容	通報対象者		所属
	いつ		
	どこで		
	何を		
	どのように		
	何のために		
	なぜ生じたか		
	違反対象となる 法令・規程等		
	通報対象事実 を知った経緯		
	通報対象事実 に対する考え		
特記事項			
証拠書類等の有無	有(添付・後日送付)・ 無		
調査結果の通知	1 希望する 2 希望しない		

※通報者(ご自身)の氏名・所属を記入の上、通報して下さい。匿名も可能ですが、十分な調査が行えなかったり、調査結果・是正措置等の内容を通知しないことがあります。

※通報内容については、分かる範囲で記入して下さい。

※「証拠書類等」は、書面に限らず、電磁的記録媒体その他通報内容に関する事実の証拠となる物品を含みます。通報の際には、これらのものも提出して下さい。