

取扱注意

八千代町外部公益通報受付書

通報日時	年 月 日 () 時 分
通報の方法	郵便・メール・FAX・書面提出・その他 ()
通報者	住所
	氏名
事業所(者)	所在地
	名称
事業所(者)での所属	<input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣労働者 <input type="checkbox"/> 取引先 (<input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 上記であった者 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> その他 ()
希望する連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 () 電話番号・アドレス: _____
件名	
内容	①通報対象事実が (<input type="checkbox"/> 生じている <input type="checkbox"/> 生じようとしている <input type="checkbox"/> その他 ())
	※ (いつ)
	※ (どこで)
	※ (何を)
	※ (どのように)
	(何のために)
	(なぜ生じたのか)
	対象となる法令違反等
	※②通報対象事実を知った経緯
	※③通報対象事実に対する考え
	④特記事項
	証拠書類 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> なし
調査結果の通知 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	

注1 事業所(者)での所属のうち、「上記であった者」とは、通報日前1年以内に在職していた場合に限ります。

注2 内容欄の※印は必須項目です。記入がない場合は、外部公益通報として受理されない場合があります。

事務処理欄

受付番号		受付窓口課	
受付年月日	年 月 日	受付者職氏名	