

# 公益財団法人 東京都保健医療公社 公益通報様式

通報者の氏名		記入日	年 月 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」の連絡先の他、通知文書の送付先を明記してください。		
希望する連絡方法	1 電子メール    2 FAX    3 書面(郵送)    4 その他(    )		
通報内容	通報対象者		所属
	通報対象事実	1 生じている                      2 まさに生じようとしている	
	いつ		
	どこで		
	何を		
	どのように		
	何のために		
	なぜ生じたか		
	対象となる法令違反等		
	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・所属を記入のうえ、通報してください。

※ 通報内容については、分かる範囲で記入してください。(全てを記入する必要はありません。)

※ 「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ください。