

公益通報書

通報・相談の日付	年 月 日	受付番号	
<input type="checkbox"/> 内部公益通報（職員等から） 通報者氏名 通報者所属			
<input type="checkbox"/> 外部公益通報（外部の労働者から） 通報者氏名 住 所 所属（事業者名） 地 位 <input type="checkbox"/> 社員（パート・アルバイト等を含む）（部署 役職 ） <input type="checkbox"/> 派遣労働者（派遣元 ） <input type="checkbox"/> 取引関係のある労働者（取引関係社名 部署 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話（電話番号 ） <input type="checkbox"/> 電子メール（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
通報対象事実に関する事項	(い つ) _____ (どこで) _____ (何 が) _____ (どのように) _____ (何のために) _____ (なぜ生じたのか) _____ ■対象となる法令等違反 _____ ■通報対象事実を知った経緯 _____ _____ ■通報対象事実に対する考え _____ _____		
証拠書類等の有無	有（ ）・無		
調査結果等の通知の希望	通知を希望する・通知を希望しない		

(注) 匿名の場合は、調査結果等が通知できない又は事実関係の調査ができない可能性があります。