

公益通報・相談受付シート(通報者用)

事 項	内 容
通 報 日	平成 年 月 日
通報者氏名 等	住所：〒 氏名： 電話番号： — — 所属：
希望する連絡方法 (いずれか○印をおつけ下さい。)	<ul style="list-style-type: none"> ・電話(自宅・職場・携帯・他())：電話番号 ・FAX(自宅・他())：FAX番号 ・メール(自宅・職場・他())：Eメールアドレス ・郵送(自宅・職場・他()) : 発送先 ・その他() 連絡の際の留意事項(連絡方法の順番、都合の良い時間帯等を記入願います。)
通報の内容	(詳細に記述のこと)
証拠書類の 用 意	<ul style="list-style-type: none"> ・有(書面・その他()) ・無