

公益通報書

年 月 日

通 報 者	氏 名	(□匿名希望)
	所属又は 会社名	
区 分	<input type="checkbox"/> 市職員（会計年度職員等も含む。） <input type="checkbox"/> 派遣労働者 <input type="checkbox"/> 指定管理業務従事者 <input type="checkbox"/> 請負契約業務委託者 <input type="checkbox"/> 退職者 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
調査結果	結果報告を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
調査結果等について 希望する連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話（自宅・職場・携帯・その他（電話番号 ）） <input type="checkbox"/> メール（アドレス ） <input type="checkbox"/> FAX（自宅・その他（FAX 番号 ）） <input type="checkbox"/> 郵送（自宅・その他（住所 ）） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
通 報 内 容	① 通報対象者（ ） 部署（ ）	
	② 通報対象事実は（既に生じている・生じようとしている・その他（ ）） 《い つ》 《何 を》 《どのように》	
	③ 対象となる法令違反等の名称	
	④ 通報対象の事実を知った経緯	
	⑤ 通報対象事実を知った日	
	⑥ 他に通報対象事実を知っている者の有無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無	
	⑦ 証拠資料の有無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無	

※1 不正の目的による通報（個人に関する根拠のない誹謗中傷等も含む。）は行わないでください。

※2 証拠資料がある場合は添付してください。