

## 内部通報票

通報等受付年月日	年 月 日
通報等の種類	<input type="checkbox"/> 内部通報 <input type="checkbox"/> 相談
通報者の区分 (退職者を含む)	<input type="checkbox"/> ① 職員（会計年度任用職員等を含む） <input type="checkbox"/> ② 契約に基づいて業務を行う者又は当該業務に従事するもの <input type="checkbox"/> ③ 指定管理者又は指定管理業務に従事している者 <input type="checkbox"/> ④ その他
通報者の 所属（勤務先）・氏名	<input type="checkbox"/> 匿名 <input type="checkbox"/> 実名
通報者の連絡先	※結果の通知及び是正措置等の内容の通知の希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
通報等の内容	①通報対象事実の状況 <input type="checkbox"/> 生じている <input type="checkbox"/> 生じようとしている
	②通報等対象者（所属（勤務先）及び氏名）  ②通報等の内容 （いつ）  （どこで）  （何を どんなときに）  （事実を知った経緯）  ③対象となる法令違反等  ③特記事項 （調査すべき事項）  （上司等への報告の有無）（内容を知っている者が他にいるか）  （その他）
証拠書類等の用意 <input type="checkbox"/> 有（書面・その他（ ））・ <input type="checkbox"/> 無	
受付をした職員の職氏名	