公益通報等記入シート

（医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等を含む）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ通報窓口利用者の氏名 |  | 本シートの記載日 |  年 月 日 |
| 通報窓口利用者の所属等 | 〔 〕役員・教職員（所属・部署： 職名： 　 ）〔 〕嘱託・非常勤（所属・部署： 職名：　　　　　 ）〔 〕派遣労働者（所属・部署： 派遣元： ）〔 〕取引先（取引関係： 社名： 部署： ）〔 〕その他（ ） |
| 希望する連絡方法等 | 連絡方法 | 〔 〕メール 〔 〕電話 〔 〕ＦＡＸ〔 〕郵送 |
| 種別 | 〔 〕個人携帯等 〔 〕自宅 〔 〕職場〔 〕その他 |
| 連絡先 | ※お選びいただいた連絡先をご記入ください。 |
| 通報内容 | 通報対象者 |  | 所属・部署 |  |
| 通報対象事実 | 〔 〕すでに生じている〔 〕これから生じようとしている |
| ※事実の内容をご記入ください。１．いつ：２．どこで：３．何を：４．どのように：５．何のために：６．なぜ生じたのか：７．対象となる法令違反等：８．通報対象事実を知った経緯：９．通報対象事実に対する考え：10．特記事項： |
| 証拠書類等の用意 | 〔 〕書面 〔 〕電子媒体 〔 〕テープ〔 〕その他（ ） 〔 〕なし |

※本シートは、通報・相談内容を整理するために使用してください（この書面を送っていただいても

構いません）。

※できる限り顕名での通報にご協力ください（匿名での通報の場合や通報内容等が不十分な場合は、

事実関係の調査を十分に行うことができない可能性があります）。