

# 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	<input type="checkbox"/> 役員・教職員 (所属・部署： _____ 職名： _____) <input type="checkbox"/> 嘱託・非常勤 (所属・部署： _____ 職名： _____) <input type="checkbox"/> 派遣労働者 (所属・部署： _____ 派遣元： _____) <input type="checkbox"/> 取引先 (取引関係： _____ 社名： _____ 部署： _____) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
希望する 連絡方法等	連絡方法	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送	
	種別	<input type="checkbox"/> 個人携帯等 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> すでに生じている <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 電子媒体 <input type="checkbox"/> テープ <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 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）。

※できる限り頭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）。