

様式第 1 号 (第 5 条関係)

外部公益通報受付票

受付番号		受付票作成日	年 月 日
受付担当者	所属・係 課 係 氏名		
通報日時	年 月 日 時 分		
通報手段	・電話 ・郵便 ・メール ・面談 ・その他 ()		
通報者	住所		
	氏名	<input type="checkbox"/> 匿名希望	
	連絡先	電話番号： E-Mail： その他の住所：	
対象事業者	事業者名： 所在地： 連絡先：		
通報者と対象事業者との関係	<input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 派遣労働者 <input type="checkbox"/> 取引先 (<input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 上記であった者 (年 月まで) <input type="checkbox"/> その他 ()		
通報の概要	※日時、場所、行為者、不正行為等を聴取		
対象となる法令違反等 (根拠法令)			
証拠書類の有無	<input type="checkbox"/> あり (書類、データ等) <input type="checkbox"/> なし		
調査等の進捗状況・結果の通知	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
所管課 (関係部署) 等			