㊙

統括管理責任者	通報受付管理者

通報受付番号：

学校法人中村産業学園コンプライアンス通報窓口受付票

・分かる範囲で、太枠内を具体的に記入してください。（全てを埋める必要はありません。）
・原則として氏名・連絡先等を記入の上、通報・相談をお願いします。匿名でも受け付けますが、事実調査を十分に行えないことがあり、調査実施の有無や結果の通知ができないことがあります。
・氏名その他の個人情報は、通報・相談者への連絡、調査その他通報対応に関し必要な場合のみ使用し、適切に保護を行います。

通報者の氏名（フリガナ）			所 属	
通報者の身分		□教職員、役員　□業務特別契約職員、臨時職員　□学生等 □派遣労働者　□業務委託先の労働者　□その他（　　）		
通報内容	通報対象者名		所 属	
	通報対象事実【　生じている　・　生じようとしている　・　その他（　　））			
	詳細（いつ・どこで・何を・どのように）			
	対象となる法令違反等			
	通報対象事実を知った経緯			
	通報対象事実に対する考え			
	特 記 事 項			
証拠書類等※の有無		有　（ 添 付　・ 後 日 送 付 ）　・　無		
当窓口以外への通報・相談の有無		有　（　　）　・　無		
通報者への連絡	連絡方法	□電話　□メール　□郵送　□ＦＡＸ　□その他（　　）		
	連絡先			
	調査結果の通知	１．希望する　　２．希望しない		

※「証拠書類等」は、書面に限らず、電磁的記録媒体その他通報内容に関する事実の証拠となる物品を含む。

（以下は記入しないでください。）

通報受付日時	年　月　日（　）　時　分
通報受付手段	□電話　□メール　□郵送　□ＦＡＸ　□面談　□その他（　　）
記入者	□通報・相談者　□学園内窓口（担当者：　　） □学園外窓口（担当者：　　）　□その他（　　）
備　考	
事実調査実施決定期限	年　月　日（　）