

申 立 書

通報者の所属 (住所)・氏名	所属(住所): 氏 名: 役職:
ご希望の連絡 方法に☑を入 れてください	<input type="checkbox"/> 電 話 : 自宅・職場・携帯 <input type="checkbox"/> メ ー ル : 自宅・職場・携帯 <input type="checkbox"/> 郵送(住所): 自宅・職場
氏名等の秘匿	<p style="text-align: center;">希望する ・ 希望しない</p> <p style="text-align: center;">(今後の手続きにおいて氏名、連絡先等の秘匿を希望するかどうか○を付してください。)</p>

地方独立行政法人堺市立病院機構における公的研究費の不正使用に係る調査等に関する取扱基準第2条に基づき、下記のとおり申し立てを行います。

記

通 報 内 容	1. 不正使用等の疑いのある組織又は職員等 組織名 職員等の氏名 (所属)
	2. 不正使用の態様及び内容 (可能な限り具体的に記載願います。記入しきれない場合は、適宜用紙を追加してください。) <input type="checkbox"/> 預け金 <input type="checkbox"/> 架空請求 <input type="checkbox"/> 私的流用 <input type="checkbox"/> その他() ①発生時期 ②事実を知った経緯 ③具体的な内容 ④抵触する法令違反等
	3. 不正使用が存在するとする証拠資料等の有無【必須】 あり ・ なし 「あり」の場合 : 書面 ・ テープ ・ データ ・ その他()

※実名による通報と連絡方法・連絡先のご記入にご協力ください。

※通報の内容については、わかる範囲の記入で差し支えありません。

※氏名その他の個人情報については、窓口等からの通報者への連絡、調査その他通報処理に必要な範囲内でのみ使用し、適切に保護します。

※証拠資料等とは、書面に限らず、電磁的記録媒体その他、通報内容における事実の証拠となる物品を含みます。通報の際には、あわせて提出してください。

※通報したことを理由として、不利益な取扱いを受けることはありません。

(以下は記入不要です)

受付日: 年 月 日

整理番号		-		
------	--	---	--	--

窓口担当	所属長	統括管理責任者	最高管理責任者