

城西大学 通報・告発・相談受付票

受付責任者

受付番号

氏 名 (実名)		匿名	通報・告発・相談(苦情等含む)	記入日	年 月 日 ()
通報・告発・相談者の所属・氏名	☐ 教員(所属 役職) ☐ 職員(所属 役職) ☐ 派遣又は取引社員(部課室) ☐ 学生生徒等(学部・学科 学年) ☐ 父母保護者等(学生の氏名 学部・学科 間柄) ☐ その他()				
希望する連絡方法	電話: (自宅・職場・携帯) FAX: 自宅のみ メール: (自宅・職場) 住所(自宅・職場) 〒 -				
通報・告発・相談の内容	1. 不正等の発生、又はその疑いがあるとあなたが認めた教職員又は組織等 氏名または組織 所属(学校名等)				
	2. 不正等の内容(できる限り具体的に記載し、書ききれない場合は適宜別紙に記載してください。) ①発覚時期				
	②発覚の経緯				
	③具体的な内容				
	3. 通報対象事実に対する考え・見解(考えられる法令違反について)				
4. 特記事項					
5. 証拠資料等(所有している場合は添付願います。) 無 ・ 有 【 書面 ・ その他() 】					
調査結果の通知の希望		希望する ・ 希望しない ※匿名の場合は通知できません。			

★分かる範囲で記載してください。匿名の場合は、具体的な証拠資料があり、合理的に推認できることが受理の要件となっています。また、受理された場合でも十分な事実関係の調査ができない場合がありますので、できる限り実名でお願いします。

※事務処理欄	☐ 面談 事前のアポイント【なし・あり(年 月 日 時 分)】 本人記載 聞取り その他() ☐ 電話 【初回 ・ 学外通報(あり・なし)】 ☐ 書面郵送(添付資料 枚)※任意の様式の場合は上記に記載 備考欄
通報の受付方法	