

公益社団法人日本眼科医会 通報届

通報者	フリガナ			記載年月日	平成 年 月 日		
	氏名						
	所属	1. 職員 2. 派遣職員 3. 取引先 4. その他 ※対象を○で囲んでください。					
		職員	部署			役職	
		派遣	派遣元			派遣部署	
取引先		取引関係			社名		
	その他	所属					
通報等の内容	①通報等の対象者名						
	②通報対象事実		生じている・生じようとしている・その他()				
	(いつ)						
	(どこで)						
	(何を)						
	(どのように)						
	(何のために)						
	(なぜ生じたのか)						
	(対象となる法令違反等)						
	③通報対象事実を知った経緯						
	④通報対象事実にする考え						
⑤特記事項							
調査等の進捗状況、及び結果の通知を希望する場合の連絡方法・連絡先	1. 電話 2. メール 3. 郵便 4. その他 5. 希望しない ※対象を○で囲んでください。						
	電話	TEL					
	メール	Mail					
	郵送	住所	〒				
	その他						

※水色箇所に入力してください。

※実名での通報にご協力ください(匿名の場合、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)。

※通報の内容については、わかる範囲で記入してください(全ての項目を埋める必要はありません)。

※個人情報については、通報処理に関し必要な範囲で使用し、適切に保護いたします。