窓　口　受　付　票

年　　　月　　　日

公立大学法人三重県立看護大学 理事長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| あなたに関すること | お名前 | ＜氏名＞□　匿名を希望する（匿名希望の場合はチェックして下さい。匿名の場合、十分な調査ができないことがあります） |
| 所　属（職場） |  |
| 連絡先（希望する連絡方法） | （内容の確認など必要がある場合に連絡いたしますので、希望する連絡方法をお書きください。）①電　話：②Eメール：③ＦＡＸ：④その他（郵送等）：□　連絡を希望しない（連絡を希望しない場合はチェックして下さい。） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内　　容 | 対象となる教職員等 | ＜氏名＞＜所属＞ |
| 具体的な内容 | （わかる範囲で具体的に記入して下さい。）＜いつ＞＜どこで＞＜何があったのか＞ |
| 証拠等の有無 | （内容を証明する証拠や根拠について有無に○をして下さい。また、資料があれば添付して下さい）有　　　　　　無 |

※　お名前等を秘匿（匿名）した場合、内容を確認できないため十分な調査ができないことがあります。

※　お名前その他の個人情報については、窓口からの連絡、調査等に必要な範囲内でのみ使用し、適切に保護します。

※　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。