

年 月 日

## 名古屋市立大学内部通報相談窓口 受付票

記入できる範囲で構いませんので、次の内容にお応えください。

あなたのお名前	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 匿名希望(匿名の場合、十分な調査ができないことがあります。)		
所 属			
あなたの身分	教員 ・ 職員 ・ その他 ( )		
あなたの連絡先	電 話		
	※通報内容の確認及び調査方法の検討のため必要がある場合に、監査室から電話連絡いたします。		
	メー ル		
	あなたが希望する連絡方法	電話・メール・その他 ( )	
資 料	なし ・ 添付 ・ 後日送付		
通報内容	具体的に記入してください。 (いつ・どこで・何があったのか)		
是正・改善を希望する点			
緊急性がある場合	期限： 理由：		
調査希望	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <small>※匿名の場合、十分な調査ができないことがあります。</small>	調査結果通知希望	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <small>※匿名の場合、調査結果の通知はできません。</small>
備考			

※通報の内容が、明らかに個人の正当な利益若しくは公共の利益を害するおそれがあるもの又は私的な理由若しくは不正な意図によるものと認められる場合は、受理できません。