

コンプライアンス相談・内部(公益)通報シート

相談・通報日	年 月 日
相談・通報者名	氏名： 匿名希望(希望される方は○で囲んで下さい) 匿名を希望される場合は、資料・証拠を提出頂けず、事実確認ができない場合には、調査に限界があること、相談者の保護を十分できないこと、十分な是正ができないこと、調査・是正結果の報告ができないことをご了承ください。
相談・通報者の所属、関係等	所属会社名： 所属部署名： その他当社、当社グループ会社との関係： (例：協力会社等)
相談・通報内容	相談・通報内容が法令・当社就業規則等に対する違反行為について、調査の必要があるため、日時、場所、行為者(誰が)、対象者(誰に)、何を、どのようにしたのか、可能な限り詳細に記載してください。 日時 場所 違反等行為者の氏名、所属 違反事実の内容、態様、頻度等 違反事実の証拠等がある場合は添付してください。(添付 有 ・ 無)
希望連絡方法	該当するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 電話(番号：) <input type="checkbox"/> E-mail() <input type="checkbox"/> 書簡(住所：) <input type="checkbox"/> その他(具体的に：)

※記載欄が不足する場合は、任意の別紙に追加して記載願います。