

帯広厚生病院 院長 殿

不正告発書(1)

氏名・住所の秘匿

- 希望する 希望しない

以下に記載された氏名・住所は、秘匿を希望しない場合であっても、調査関係者以外には公表されません。

氏名・住所の秘匿を希望する方は、上欄で「希望する」にチェックして下さい。その場合、1枚目は不正告発窓口に保管され、調査関係者には知らされませんが、調査に制約があり、十分な調査ができない可能性があることをご了解のうえ選択して下さい。

また、告発者欄及び調査結果通知方法に記載がない場合は、調査結果を通知できない場合がありますので、予めご了承下さい。

告発者 氏 名 _____

住 所 _____

調査結果通知方法

- 郵 送
- メール (アドレス: _____)
- その他 _____

※ 以下、記入不要

受付日	年 月 日
整理番号 (西暦年月日-番号)	-

不正告発書(2)

1. 被告発者 (不正を行った疑いのある者)

所 属 _____

氏 名 _____

2. 不正の内容 (不正経理等の内容およびその事実の客観的かつ合理的な根拠を詳細に記載して下さい。)

3. その他 (調査にあたって注意すべき事等があれば記載して下さい。)

※ 以下、記入不要

受付日	年 月 日
整理番号 (西暦年月日-番号)	-
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
秘 匿	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は2ページ目のみ付議)