研究活動上の不正行為に関する告発書

令和　　年　　月　　日

告発等受付窓口　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 告発者氏名等 | 所　　属： |
| 氏　　名： |
| 住　　所： |
| 電話番号： |
| 連絡手段 | □メール：〇メールにより難い場合は、以下を選択し番号・住所等を記載願います（□ＦＡＸ：　　　　　　　　　　　　　）（□郵　便：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※　原則として匿名の告発は受け付けません。

※　告発者の名誉やプライバシーその他の人権を尊重し、知り得た秘密を他に漏らすことはありません。

※　告発したことを理由として不利益な取り扱いを受けることはありませんが、悪意に基づく告発と認定された場合は、氏名の公表や懲戒処分、刑事告発等の対象となります。

「旭川医科大学における研究活動の不正行為防止及び公的研究費の不正使用に関する規程」第９条第３項の規定に基づき、下記のとおり告発します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 不正行為を行った者・グループ | 所属部署等： |
| 氏　名　等： |
| 不正行為の内容 | 不正行為の態様その他事案の内容： |
| 不正行為とする科学的かつ合理的な理由及び根拠： |
| 証拠書類の有無 | □有　□無※「有」の場合は別途添付してください。 |

　※記載欄が足りない場合は、枠を広げるか又は別紙として作成してください。