

様式 1（規程第 5 条第 2 項関係）

年 月 日

〇〇〇〇 殿

国立大学法人旭川医科大学長  
〇〇〇〇

公益通報対応業務従事者指定通知書

国立大学法人旭川医科大学公益通報者保護規程第 5 条第 1 項及び第 2 項の規定により、下記のとおり公益通報対応業務従事者として指定します。

記

従事内容

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

遵守事項

- ・公益通報対応業務従事者（以下、「従事者」という。）は当該事案に関し知ることできた秘密を漏らしてはならない。従事者でなくなった後も同様とする。（規程第 15 条）
- ※上記に違反して秘密を漏らした者は、30 万円以下の罰金に処されることがあります。（公益通報者保護法第 21 条）

従事期間

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

公益通報シート

通報年月日			
通報者(氏名・所属・職名)	( ・匿名[※1] )		
希望する 連絡先 (複数可)	電話:	メール:	
	Fax(職場・自宅)	郵送先:	
通 報 内 容	通報対象者(氏名・所属・職名)		
	通報対象事実	( )生じている ( )生じようとしている ( )その他[ ]	
	いつ		
	どこで		
	何を		
	どのように (何のために) なぜ生じたのか		
	対象となる 法令違反(対象条項 及び規定箇所)		
	通報対象事実 を知った経緯		
	通報対象事実 に対する考え		
	特記事項		
証拠書類等の有無	有/無	書類等の内容 (電子媒体その 他を含む。)	
調査結果等の通知	( 希望する ・ 希望しない )		
通報後の手続きにおける 氏名の秘匿希望	( 希望する ・ 希望しない ) [※2]		

※1 原則として氏名・連絡先を明らかにした上で通報してください。匿名の場合は、調査結果等の通知はできません。

※2 氏名の秘匿を希望することにより、通報を受け付けた窓口以外の者に氏名を明かすことなく手続きを行うことができます。ただし、通報内容によっては、氏名を明らかにしないと十分に調査ができないものがあります。

※3 通報後、担当部署より内容の確認をさせていただくことがあります。