

医 療 安 全 に 関 す る 通 報 届			
通報年月日	年 月 日		
通報者(氏名・所属・職名):			(匿名)※
連絡先 (いずれか)	電話(自宅・職場・携帯・IP):		
	メール(自宅・職場):		
	FAX(自宅):		
	郵送(郵送先):		
通 報 内 容	通報対象者(氏名・所属・職名):		
	通報の内容		
	特記事項		
証拠書類等の有無	あり / なし	書類等の内容	書面・データ・その他()
調査結果等の通知	希望する / 希望しない ※匿名での通報の場合は通知できません		

※氏名・その他の個人情報については、窓口等から通報者への連絡、調査、その他通報処理に関し必要な限度でのみ使用し、適切に保護します。

※匿名による通報の場合、調査結果等の通知が出来ない、または事実関係の調査を十分に行う事が出来ない可能性があります。

※「通報内容」については、通報の対象となる事実が「いつ」「どこで」「どのように」「どのような理由で」「どのような法令に違反して」生じ、またはまさに生じようとしているかを分かる範囲でご記入ください。

※「証拠書類等」とは、書面に限らず、電磁的記録媒体その他通報内容における事実の証拠となる物品を含みます。通報の際には、これらのものも提出願います。