

社会福祉法人 大阪市障害者福祉・スポーツ協会 公益通報票

通報者氏名	・匿名希望	本票記載日	年 月 日
所属・役職			
連絡方法	電話〔自宅・職場・携帯・他〕	FAX〔自宅・職場・他〕	
	郵便〔自宅・職場・他〕	その他〔	〕
連絡先			
通 報 内 容	通報対象者：	施設名：	
	通報の内容		
	(いつ)		
	(どこで)		
	(どのように)		
	通報対象事実を知った経緯：		
	特記事項：		
証拠書類等の有無	有〔	〕	・ 無
結果の通知	希望する・希望しない(匿名による通報の場合は通知できません。)		

通報内容を整理するために使用してください。
 この票を郵送・メールで送って頂いても結構です。
 分かる範囲で記入してください。(すべて埋める必要はありません。)
 できる限り実名での通報にご協力ください。(匿名の場合、調査結果の通知等が
 できない、又は事実関係の調査を十分に行うことができない可能性があります。)