　　　　　　　　　　　　　　　　　申　立　書

平成　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター　最高管理責任者　殿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通報者の所属  (住所)・氏名 | 所属(住所): |  | | | |
| 氏　名: |  | | | |
| 希望する  連絡方法 | 電　話:  メール:  ＦＡＸ:  郵送(住所): |  | | | 自宅･職場･携帯  自宅･職場  自宅･職場  自宅･職場 |
| 氏名等の秘匿 | 希望する | | ・ | 希望しない | |
| （今後の手続きにおいて氏名、連絡先等の秘匿を希望するかどうか○を付してください。） | | | | |

　独立行政法人国立病院機構信州上田医療センターにおける研究活動の不正行為に係る取扱いに関する要領第６条に基づき、下記のとおり申し立てをいたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通報内容 | １．不正行為等の疑いのある組織又は職員等 | |
| 組織名 | |
| 職員等の氏名 | （所属　　　　　　　　　　　　） |
| ２．不正行為の態様及び内容　（可能な限り具体的に記載願います。書ききれない場合は適宜別紙に記載してください。 研究費の不正使用、ねつ造、改ざん、盗用等、） | |
| 1. いつ頃の事実ですか | |
| 1. 事実を知った経緯 | |
| ③具体的な内容 | |
| ３．不正行為が存在するとする証拠又は根拠(確認できるものを添付してください。) | |
| ４．研究費の財源について（わかる範囲で記載してください。） | |

※通報の内容については、わかる範囲で記入してください。（全てを埋める必要はありません。）

※氏名等の秘匿を希望した場合は、調査の際に直接お話を聞くことができないため、調査の内容が制限されることがあります。

※氏名その他個人情報については、窓口等からの通報者への連絡、調査その他通報処理に必要な限度のみで使用し、適切に保護します。氏名等の秘匿を希望しない場合であっても、通報者の氏名等は調査関係者以外に知られることはありません。

※通報したことを理由として、不利益な取扱いを受けることはありません。