地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館公益通報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 記入日 | 　　　年　　月　　日 |
| 区　分 | 職　員　　　・　　　県　民　　　・　　県民以外※　該当するものを○で囲んでください。 |
| 連　 絡　 先 |  |
| 希望する連絡方法 |  |
| 事案の概要 | いつ |  |
| 誰が |
| どこで |
| 何のために |
| 何を |
| なぜ生じた |
| 証拠等 | 何に反しているのか |  |
| 証拠となる資料 |  |
| それを知った経緯 |  |
| 他に知っている人 |  |

※通報内容については、分かる範囲で記入してください。

（すべてを記入する必要はありません）

※証拠資料があれば、通報の際に併せて提出してください。