申 立 書

●● 年 月 日

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 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: | 自宅･職場･携帯 |
| メール: | 自宅･職場 |
| ＦＡＸ: | 自宅･職場 |
| 郵送(住所): | 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岡山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 | （所属 ） |
| 職員等の氏名 |
| 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 |  |
| ② 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。