外部通報票

（法令違反行為に関するもの）

|  |  |
| --- | --- |
| 通報を行う者の  所属、氏名及び  連絡先 | 所　属： |
| 氏　名： |
| 連絡先： |
| 希望する連絡方法等： |

|  |  |
| --- | --- |
| 通　 報　 内　 容 | |
| 事案発生日 | 年　　月　　日（事案を知った日：　　年　　月　　日） |
| 事案発生場所 |  |
| 通報対象者の所属及び氏名 | 所属： |
| 氏名： |
| 事案の概要 |  |
| 事案を知った経緯 |  |
| 内容を裏付ける  資料の有無 | 有 　 　・　 　無 |
| （有の場合）資料の内容： |

独立行政法人地域医療機能推進機構