

申 立 書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 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 F A X: 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茨城東病院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 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。