**【相談フォーム】コピーしてご利用ください。**

| **相談日** | 　　　　年　　月　　日 |
| --- | --- |
| **相談者名・部署** | 氏名（　　　　　　　　　　　　　　）部署（　　　　　　　　　　　　　　） |
| **連絡先** | 電話番号（　　　　　　　　　　　　　　）Eメールアドレス（　　　　　　　　　　　） |
| **窓口からの連絡方法** | 電話　・　Eメール　・　その他（　　　　　　　　　） |
|  | ①相談（加害）対象者（部署）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　②相談の内容　（いつ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（どこで）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（何が）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **証拠書類等の有無**：　有・無**結果の通知**：　希望する・希望しない　※匿名での相談の場合は通知できません**社内関連部署の情報開示の可否・範囲**：可・否　※相談者のプライバシーは厳格に保護します（**可能な場合の開示範囲**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　※できる限り実名での通報・相談にご協力下さい（匿名の場合、調査結果の通知等ができない、又は事実関係の調査を十分に行うことが出来ません。）。