

**【大阪いずみ市民生活協同組合】 通報・相談用紙**

★ = 必須

| 1. あなたのことを教えてください |                                                               |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|
| ★ 会社名             |                                                               |
| 所属                |                                                               |
| ★ 会社への氏名開示        | <input type="checkbox"/> 匿名にする <input type="checkbox"/> 実名にする |
| 氏名<br>(上記実名にする場合) |                                                               |

| 2. あなたの連絡先を教えてください（連絡先は会社へ開示しません） |                                                               |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| ★ 窓口への氏名開示                        | <input type="checkbox"/> 匿名にする <input type="checkbox"/> 実名にする |
| 氏名<br>(上記実名にする場合)                 |                                                               |
| ★ メールアドレス                         | @                                                             |
| ★ 調査結果の連絡要否                       | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要       |
| 連絡方法<br>(上記必要の場合)                 | メール      @                                                    |
|                                   | 電話      —      —                                              |
|                                   | 郵送      〒      —                                              |

| 3. 通報・相談したいことはなんですか？（1/2） |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ★ 通報・相談カテゴリ               | <input type="checkbox"/> 法令違反 <input type="checkbox"/> 社内ルール違反 <input type="checkbox"/> ハラスメント相談<br><input type="checkbox"/> メンタルヘルス相談 <input type="checkbox"/> 意見・要望・改善提案                                                                               |
| 発生時期                      | <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヵ月以内<br><input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上前 <input type="checkbox"/> 3年以上前                                                              |
| 発生場所                      | <input type="checkbox"/> 職場・学校 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> オンライン上<br><input type="checkbox"/> 懇親会・活動内 <input type="checkbox"/> 移動中・出張先 <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 客先 <input type="checkbox"/> その他 |
| 認識時期                      | <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヵ月以内<br><input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上前 <input type="checkbox"/> 3年以上前                                                              |

### 3. 通報・相談したいことはなんですか？（2/2）

|                                                                                                                 |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <p>通報・相談内容の詳細</p> <p>どのような行為がどのくらいの頻度で行われたのかできるだけ具体的に記入してください。</p> <p>★ また、発生時期・認識時期についてもわかる範囲で詳しく記入してください。</p> |                                                                     |
| ★ 会社への要望                                                                                                        |                                                                     |
| ★ 周囲の方の認識                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない        |
| ★ 証拠                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない             |
| 証拠がある場合                                                                                                         | ① 同封してください。<br>② 証拠はそのまま会社に提出いたします。匿名希望の方はご自身の情報が含まれていないことをご確認ください。 |

### 4. 誰がそうしましたか？

|     |  |
|-----|--|
| 会社名 |  |
| 所属  |  |
| 役職  |  |
| 氏名  |  |