

研究活動における不正行為に係る通報書

年 月 日

告発・相談受付窓口御中

|        |                     |          |
|--------|---------------------|----------|
| 通報者氏名等 | 所 属：                |          |
|        | 氏 名：（ 秘匿の希望：□有・□無 ） |          |
|        | 住 所：〒               |          |
| 通報者連絡先 | □電 話：               | □自宅・□勤務先 |
|        | □メー ル：              | □自宅・□勤務先 |
|        | □F A X：             | □自宅・□勤務先 |
|        | □郵 送：               | □自宅・□勤務先 |

※原則として匿名の告発は受け付けません。ただし、通報者は氏名の秘匿を希望することができます。

公益財団法人ライオン歯科衛生研究所における研究活動における不正行為に関する取扱規程に基づき、下記のとおり通報します。

記

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 不正行為等の疑いのある職員の氏名  |                                 |
| 不正行為等の態様及び内容<br>(可能な限り具体的に記載願います。<br>書ききれない場合は適宜別紙に記載してください。) | 不正の内容：□研究活動の不正行為・□研究費の不正使用等     |
|   | いつ頃の事実ですか：                      |
|   | 事実を知った経緯：                       |
|   | 具体的な内容：                         |
| 不正行為等が存在するとする根拠   |                                 |
|   | 証拠書類の有無：□有・□無（「有」の場合は添付してください。） |

※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。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。  
※通報したことをもって不利益な取り扱いを受けることはありませんが、悪意に基づく通報と認定された場合は、処分または刑事告発等の対象となります。

|       |   |      |               |         |         |
|-------|---|------|---------------|---------|---------|
| 受付番号： | — | 受付窓口 | コンプライアンス推進責任者 | 統括管理責任者 | 最高管理責任者 |
|       |   |      |               |         |         |