申　立　書

平成　　年　　月　　日

栃木医療センター　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 ＦＡＸ:　　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。)

栃木医療センター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。