

コンプライアンス相談窓口 受付フォーマット

※記載内容については機密保持を徹底します。

日付： 年 月 日

1.相談者情報	氏名：
	<input type="checkbox"/> 匿名希望 <small>※匿名を希望の場合は、資料、証拠をご提出いただかず、事実確認ができない場合等は、調査、是正措置に限界があります事をご承知ください。</small>
2.アイビックスとの 関係性	<input type="checkbox"/> 従業員
	<input type="checkbox"/> お取引先：（所属名： ）
	<input type="checkbox"/> 従業員のご家族
	<input type="checkbox"/> その他：（ ）
3.相談内容 <small>※いつ、どこで、誰が、誰に、何を、どのようにして、どうした、について、可能な限り詳細にご記載下さい。</small>	①いつ、いつから（発生時期、期間）
	②どこで（発生場所）
	③誰が、誰に（対象者の所属会社、部署名、氏名など、お分かりになる範囲内で）
	④どのようなことがありましたか

