

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	<p>氏名：</p> <p><input type="checkbox"/>匿名希望 ※匿名を希望の場合は、資料、証拠をご提出いただけず、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。</p>
	<p><input type="checkbox"/>従業員</p> <p><input type="checkbox"/>お取引先：（所属名：）</p> <p><input type="checkbox"/>従業員のご家族</p> <p><input type="checkbox"/>その他：（）</p>
2.アイビックスとの関係性	<p>①いつ、いつから（発生時期、期間）</p>
	<p>②どこで（発生場所）</p>
	<p>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）</p>
	<p>④どのようなことがありましたか</p>
3.相談内容	<p>※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。</p>

4.希望する対応	<input type="checkbox"/> 結果の報告を希望する
	<input type="checkbox"/> 結果の報告を希望しない
	<input type="checkbox"/> その他
5.補足する資料等 の添付有無	<input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし
6.連絡方法 ※ご希望の連絡方法と連絡先 をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 電話番号 :
	<input type="checkbox"/> Eメール :
	<input type="checkbox"/> FAX :
	<input type="checkbox"/> 郵送 : 郵送先名 (_____) 住所 (_____)
	<input type="checkbox"/> その他 :
	※連絡に際しての注意事項等ありましたらご記載下さい。
<p>«事務局記入欄» 受理日： 年 月 日</p> <p>内容確認委員名：</p>	