

年 月 日

長野県立こども病院長 殿

所 属

職 名

電話番号

E-mail

氏 名

印

長野県立こども病院における研究費の不正行為の防止等に関する規程第18条の規定に基づき、下記の研究費の不正行為について通報します。

記

- 1 不正行為を行ったと思料する職員等の氏名又は研究グループの名称
所 属：
職名等：
氏名又は名称：
- 2 不正使用の種類（該当する□にレを記入願います。）
 架空請求等による業者への預け金 実態を伴わない旅費の請求 実態を伴わない謝金の請求
 実態を伴わない給与の請求 法令違反 その他
- 3 不正使用の内容
- 4 不正使用の発生時期及び場所
年 月
- 5 不正使用と思料する理由
- 6 証拠資料
- 7 関連する研究費（わかる範囲で記入願います。）
助成機関名：
資金名称：
課 題 名：
番 号：
- 8 その他（記述は任意です。希望すること等がありましたら記入願います。）

※1 ここに記載された情報は、必要な調査を行うためだけに使用し、それ以外の目的に使用したり、公開したりすることはありません。また、通報者は、通報を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。

※2 ここに記載された情報に関し、より詳細な情報、調査への協力を求める場合があります。

※3 調査の結果、悪意（被通報者を陥れるため若しくは被通報者が行う研究を妨害するため等、専ら被通報者に何らかの損害を与えること又は被通報者が所属する組織等に不利益を与えることを目的とする意思をいう。）に基づく通報を行ったことが判明した場合は、通報者の氏名の公表、懲戒処分、刑事告発その他必要な措置を講じることがあります。