

## 医療安全管理に関する通報シート

通報年月日	平成      年      月      日 (      )	
通報・相談者 氏名	氏 名 :	
	所 属 :	
通報の受理・ 調査結果等 の連絡先 (いずれか)	電 話 :	
	F A X :	
	E-mail :	
	住 所 :	
通 報 内 容		
証拠書類等の 有無	有 / 無	書類等の内容:

- ※ 匿名による通報の場合、調査結果等の通知ができない、又は事実関係の調査を十分に行うことができない可能性があります
- ※ 情報提供者が、情報提供をしたことで不利益な取り扱いを受けることはありません。
- ※ 「通報内容」については、通報の対象となる事実が「いつ」「どこで」「どのように」「どのような理由で」「どのような法令に違反して」生じ、又はまさに生じようとしているかを分かる範囲でご記入ください。
- ※ 「証拠書類等」とは、書面に限らず、電磁的記録媒体その他通報内容における事実の証拠となる物品を含みます。通報の際には、これらのものも提出願います。