

通 報 書

年 月 日

愛知医療学院短期大学 学長 殿

所 属：
職 名 等：
通報者氏名：
連 絡 先：
(住所・電話・Eメール等)

愛知医療学院短期大学 研究活動上の不正行為防止規程第 11 条の定めに基づき、研究活動の不正行為等について通報いたします。

記

1. 対象研究者（研究グループ）について

所 属：
職名等：
氏 名：

2. 不正行為等の種類：（ねつ造、改ざん、盗用、研究費の不正使用の別）

3. 不正行為等の内容（不正の内容を具体的に記述してください。）

4. 不正行為等の発生時期 年 月 頃

5. 証拠資料（書面に限らず電磁的記録媒体や事実の証拠となる物品を含みます。）

有（別添） ・ 無

6. その他参考となる事項（記述は任意とします）

※ 通報者の個人情報をも目的以外に使用することはありません。