

横浜システックスピークアップ窓口通報フォーム

郵送先

FAX

〒232-0033 横浜市南区中村町4-305

045-253-2753

株式会社横浜システック コンプライアンス事務局宛

通報日時	年 月 日
通報者名	<input type="checkbox"/> 顕名 [氏名:] <input type="checkbox"/> 匿名希望 匿名を希望される場合は、今後の接触到制限があり、また、調査結果の報告ができないことをご承知おきください。
所属会社	<input type="checkbox"/> 当社社員 <input type="checkbox"/> 当社社員のご家族 <input type="checkbox"/> 関係会社社員 <input type="checkbox"/> お取引先社員 [社名:] [社名:] <input type="checkbox"/> その他 []
所属部署	
通報内容	* コンプライアンス違反行為またはその疑いにつき 5W1H(いつ、どこで、だれが、何に、どうして、どのようにして)につき可能な限り詳細にご記入ください。 日時: 年 月 日 部署: 違反またはその疑いのある行為者: 違反またはその疑いのある事実の内容、態様、頻度、違反行為の理由等:
次回の ご連絡方法	次回連絡希望日時: 年 月 日 時 <input type="checkbox"/> 電話[番号:] <input type="checkbox"/> E-mail[アドレス]] <input type="checkbox"/> 面談[場所:] <input type="checkbox"/> 書簡[送付先:] <input type="checkbox"/> その他[]