■ 보건복지부 부패신고 처리 및 신고자 보호 등에 관한 규정 [별지 제1호서식]

신 고 서

접수일자		접수번호		처리기간	일

신고자	이름		주민등록번호	
	주소			
	연락처		소속	

피신고자	이름			
	소속		주소	*알고 있는 경우 기재*
	직위	*알고 있는 경우 기재*	연락처	*알고 있는 경우 기재*

부패신고 취지 및 이유	
부패신고 내용	
증거자료 등 첨부서류	*별첨가능*
타기관 신고 및 쟁송 여부 등	[] 감사원, 수사기관, 국민권익위원회 등에 동일한 내용을 신고한 사실 있음 (신고기관 : 신고일 : 조치결과 :) [] 민사·형사·행정소송 또는 행정심판 및 이에 준하는 절차 진행 중 또는 완료 ()

위와 같이 피신고자의 부패행위를 신고합니다.

20 년 월 일

신고자 (인 또는 서명)

보건복지부장관 귀하

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]