

## 性騷擾及性別歧視申訴書

申訴人 姓名	年齡	性別	服務機關 (單位)及職務	住 所	聯絡電話
事實發生時間	年 月 日				
事實發生情形					
請求事項					
附件	相關證據資料				
謹陳					
高雄市立凱旋醫院性騷擾及性別歧視申訴處理調查小組					
申訴人： (簽章)					
中 華 民 國 年 月 日					