

高雄市立凱旋醫院性騷擾事件申訴書（紀錄）

(有法定代理人、委任代理人者，請另填背面法定代理人、委任代理人資料表)

申訴人資料	姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他：	出生年月日	年 月 日	
	身 分 證 明 文 件 編 號		聯 電 話		服務機關		職稱
	住 (居) 所	縣 市 村 里 路 段 巷 弄 號 樓					
申訴事實內容	行為人姓名	<input type="checkbox"/> 不詳	行為人服務機關或單位	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳	職稱： 聯絡電話：		
	事件發生時間	年 月 日		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時 分		
	事件發生地點						
事件發生過程							
相關證據	附件 1： 附件 2： (無者免填)						
申訴人(法定代理人或委任代理人)簽名或蓋章：				申訴日期： 年 月 日			
以上紀錄經當場向申訴人朗讀或交付閱覽，申訴人認為無誤。 紀錄人簽名或蓋章：							

-----處理情形摘要（以下申訴人免填，由接獲申訴單位自填）-----

初次接獲單位	單位名稱		本 案 案 號	
	職稱		承 辦 人	
	單位主管			
處理或移送流程摘要	接獲申訴時間及方式 年 月 日 上午/下午 時 分 <input type="checkbox"/> 當場申訴 <input type="checkbox"/> 電話申訴 <input type="checkbox"/> 書面資料申訴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 提供佐證資料 <input type="checkbox"/> 屬重大性騷擾事件，如涉及性侵害等，需通報家庭暴力暨性侵害防治中心			
	該性騷擾事件適用 <input type="checkbox"/> 性別工作平等法第 12 條規定 <input type="checkbox"/> 性騷擾防治法第 2 條			
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 需要隔離雙方之工作場所空間，並進行後續工作調整			
處理摘要	<input type="checkbox"/> 受理單位受理性騷擾申訴後即開始進行調查 <input type="checkbox"/> 因資料不齊，已通知書面補正性騷擾相對人不明，是否需要協助申訴人至警局報案 <input type="checkbox"/> 有需要協助 <input type="checkbox"/> 暫不考慮至警局報案			

備註：

1. 本申訴書填寫完畢後，「初次接獲單位」應影印 1 份予申訴人留存。
2. 本單位於申訴或移送到達之日起 7 日內開始調查，並應於 2 個月內調查完成；必要時，得延長 1 個月，並應通知當事人。
3. 本申訴書（紀錄）所載當事人相關資料，除有調查之必要或基於公共安全之考量者外，應予保密。

(背面)

法定代理人資料表（無者免填）

法定代理人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他：	出生年月日	年 月 日(歲)
	身分證明文件編號				聯絡電話	
	住(居)所	縣 村 路 巷 弄 號 樓 市 里				
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不詳				

委任代理人資料表（無者免填）

委任代理人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他：	出生年月日	年 月 日(歲)
	身分證明文件編號				聯絡電話	
	住(居)所	縣 村 路 巷 弄 號 樓 市 里				
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不詳				
*檢附委任書						