

附件 1

高雄市立凱旋醫院職場霸凌申訴書

案號（受理單位填寫）		申訴日期	____年____月____日
申訴人姓名		服務單位/職稱	
住(居)所地址		聯絡方式（電話、E-mail）	
被申訴人姓名		被申訴人單位/職稱	
與被申訴人關係	☐ 主管 ☐ 同事 ☐ 下屬 ☐ 其他：_____	是否為最高負責人	☐ 否 ☐ 是 ☐ 不確定
事件發生期間	自____年____月____日至____年____月____日	發生地點	
申訴事實內容摘要	請以人、事、時、地、物描述具體言行、頻率及影響。		
相關證據	☐ 訊息/郵件 ☐ 錄音/錄影 ☐ 工作紀錄 ☐ 醫療或諮商資料 ☐ 證人 ☐ 其他：_____		
證人或可協助調查者	姓名/單位/可聯絡方式（如有）：		
申訴人確認	本人確認上述內容係依目前所知填寫，並同意受理單位於處理本案必要範圍內使用資料。 申訴人：_____（簽章） 代理人（無則免填）：_____（簽章）		

-----處理情形摘要（以下由申訴處理單位填寫）-----

初次接獲單位	單位名稱		紀錄人 職稱		姓名	
	接獲申訴 時間	____年____月____日 ____時____分	被申訴人 職稱		姓名	
附註						
紀錄人： (簽章)						