

附件4

高雄市立凱旋醫院職場霸凌申復申請書

案號		申復日期	____年____月____日
申復人姓名		申復人身分	☐ 申訴人 ☐ 被申訴人
服務單位/職稱		聯絡方式（電話、E-mail）	
不服之決定	☐ 申訴成立 ☐ 申訴不成立 ☐ 其他：_____		
申復理由	☐ 調查處理程序有重大瑕疵 ☐ 有足以影響原調查認定之新事證 ☐ 事實認定或理由不明確 ☐ 其他：_____ 具體說明：		
申復人：_____（簽章） 代理人（無則免填）：_____（簽章） 日期：____年____月____日			