

成大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）

案件編號：

| | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---|-----------------|---|-----------------|---|----|---|
| 申 訴 人 資 料 | 姓 名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期 | 年 | 月 | 日 |
| | 身分證統一編號(或護照號碼) | | 聯絡電話 | | 服務單位 | | 職稱 | |
| | 住(居)所 | 縣 市 村 里 路 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | |
| | 職 業 | <input type="checkbox"/> 本院員工 <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"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | | |
| 申 訴 事 實 內 容 | 被 申 訴 人 姓 名 | | 被 申 訴 人 服 務 單 位 | | 單 位 職 稱 聯 絡 電 話 | | | |
| | 事 件 發 生 時 間 | 年 月 日 午 時 分 | | | | | | |
| | 事 件 發 生 地 點 | | | | | | | |
| | 事 件 發 生 程 過 | | | | | | | |
| 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 | | 接 案 人 員 | | 職 稱 | |
| | 聯絡電話 | | 接獲申訴時間及方式 | 年 月 日 午 時 分 <input type="checkbox"/> 當場申訴。 <input type="checkbox"/> 以電話申訴。 <input type="checkbox"/> 以書面資料申訴(含 e-mail)。 <input type="checkbox"/> 屬重大性騷擾事件，由校方主動提出 | | |
| 處 理 摘 要 | <input type="checkbox"/> 1. 本院為被申訴人所屬機關或僱用人，應予受理。 <input type="checkbox"/> 資料不齊，已請申訴人於 14 日內補正資料，否則不予受理。 <input type="checkbox"/> 2. 本院非被申訴人所屬機關或僱用人，將於 7 日內將本申訴書及相關資料移送被申訴人所屬機關、學校或僱用人或本地直轄市、縣(市)主管機關處理、 | | | | | |

- 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. 提出申訴書者，將標題之「紀錄」2 字及「紀錄人簽名或蓋章」欄刪除。
 3. 機關、部隊、學校、機構或僱用人，應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。
 4. 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 | 出生年月日 | 年 月 日 (歲) |
| | 身分證統一編號 (或護照號碼) | | | | 聯絡電話 | |
| | 住(居)所 | 縣市 | 村里 | 路 | 段巷 | 弄 號 樓 |
| | 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"/> 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 | 出生年月日 | 年 月 日 (歲) |
| | 身分證統一編號 (或護照號碼) | | | | 聯絡電話 | |
| | 住(居)所 | 縣市 | 村里 | 路 | 段巷 | 弄 號 樓 |
| | 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"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不詳 | | | | |
| | *檢附委任書 | | | | | |