

高雄市美濃區衛生所性騷擾事件申訴書（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)

被 害 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		服務或就學 單位	職稱
	住(居)所	縣 市 村 里 路 段 巷 弄 號 樓				
	教育程度					
	職 業					
申 訴 事 實 內 容	加 害 人 姓 名	<input type="checkbox"/> 不詳	加 害 人 服 務 或 就 學 單 位	<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)					
被 害 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。