

高雄市內門區衛生所性騷擾事件申訴書

(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) 適用性別平等工作法性騷擾事件

申訴人資料	姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他：	出生年月日	年 月 日		
	身 分 證 明 文 件 編 號		聯 絡 電 話		服 務 機 關		職 稱	
	住(居)所	縣 市 村 路 段 弄 號 樓						
申訴事實內容	行 為 人 姓 名	☐ 不詳	行 為 人 服 務 機 關 及 單 位	☐ 無 ☐ 不詳	職 稱：	聯 絡 電 話：		
	事 件 發 生 時 間	年 月 日		☐ 上午 ☐ 下午	時 分			
	事 件 發 生 地 點							
	事 件 發 生 過 程							
違反性騷擾防治法第25條 告 訴 意 願		☐ 提出告訴 ☐ 暫不提出告訴						
有後續服務需求		☐ 有被害人保護扶助需求 ☐ 無服務需求						
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 ☐ 當場申訴 ☐ 電話申訴 ☐ 書面資料申訴 ☐ 有 ☐ 無提供佐證資料 ☐ 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			
	☐ 該性騷擾事件適用性別平等工作法第12條規定			
	☐ 有 ☐ 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 ☐ 受理單位受理性騷擾申訴後即開始進行調查 ☐ 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 ☐ 有需要協助 ☐ 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	☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他：	出生年月日	年 月 日(歲)
	身分證 文件編號				聯絡電話	
	住(居)所	縣市 村里 路 段 巷 弄 號 樓				
	職業	☐ 學生 ☐ 服務業 ☐ 專門職業 ☐ 農林漁牧 ☐ 工礦業 ☐ 商業 ☐ 公教軍警 ☐ 家庭管理 ☐ 退休 ☐ 無工作 ☐ 其他： ☐ 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	☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他：	出生年月日	年 月 日(歲)
	身分證 文件編號				聯絡電話	
	住(居)所	縣市 村里 路 段 巷 弄 號 樓				
	職業	☐ 學生 ☐ 服務業 ☐ 專門職業 ☐ 農林漁牧 ☐ 工礦業 ☐ 商業 ☐ 公教軍警 ☐ 家庭管理 ☐ 退休 ☐ 無工作 ☐ 其他： ☐ 不詳				
	*檢附委任書					