

高雄市仁武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 <input type="checkbox"/> 其他：	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"/> 性別平等工作法第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。

（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 <input type="checkbox"/> 其他：	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 <input type="checkbox"/> 其他：	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						