

高雄市政府衛生局所屬醫院、衛生所緊急重要事件 職場霸凌案件通報表

年 月 日

通報 機關		通報人	姓名： 職稱： 電話：
受理申訴 時間			
案件 態樣	☐ 言語、文字 ☐ 肢體衝突 ☐ 其他：_____	當事人 關係	☐ 上司與下屬 ☐ 同事 ☐ 其他
案件說明	請簡述下列資料，並注意當事人隱私之保密 一、被申訴人 (一)職稱(身分)： (二)性別： (三)年齡： 二、申訴人： (一)職稱(身分)： (二)性別： (三)年齡： 三、案件經過 四、調查小組規劃人數、成員： (一)外聘委員：_____人；成員包含： (二)內聘委員：_____人；成員包含： 五、調查小組規劃開會日期：		
人事單位核章		機關首長簽章	
備註	一、各機關如發生職場霸凌案件，請向衛生局人事室通報。 二、各機關於知悉通報時，應注意當事人隱私之保密。倘當事人為人事主管或機關首長可敘明當事人應迴避由代理人核章。(倘兼任人事為當事人，可逕由機關首長核章) 三、各機關如接獲職場霸凌申訴，應於受理申訴之次日起一個月內完成調查；必要時經機關首長同意得延長一個月，以一次為限。 四、各機關應組成調查小組調查，務必聘請外部專家、學者擔任，且<u>應有二分之一以上外聘委員</u>。 五、本案聯絡人：衛生局郭家琪、電話：7134000-4126 E-mail 帳號：397140000ii@kcg.gov.tw。		

人事處 批示	擬辦：敬會決行
---	---