

職場霸凌事件申訴書

	姓名	服務機關	職稱
申訴人			
		身分證字號	住居所地址及聯絡電話
代理人	姓名	服務機關	職稱
		身分證字號	住居所地址及聯絡電話
	(應附具委任書)		
申訴事項：			
此致 (被申訴人服務機關全銜)			
申訴人：		(簽章)	
代理人：		(簽章)	
中華民國 年 月 日			

職場霸凌事件申訴委任書

茲委任受任人○○○就委任人職場霸凌事件為申訴代理人行使一切申訴行為之權限，代理人 有 無 撤回申訴之特別權限。爰依法提出本件委任書。

此 致

(被申訴人服務機關全銜)

委任人： (簽章)

聯絡電話：

受任人： (簽章)

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

高雄市楠梓區衛生所職場霸凌事件申訴調查報告書	
發 文 日 期	中華民國 000 年 00 月 00 日
發 文 字 號	○○○字第 000000000000 號
當事人資料	申 訴 人 一、姓名： 二、服務機關 三、職稱：
	被 申 訴 人 一、姓名： 二、服務機關 三、職稱：
當 事 人 關 係	<input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 上下屬關係 <input type="checkbox"/> 其他_____
申 訴 內 容	詳所附申訴書
申 訴 日 期	年 月 日(送達日期 年 月 日)
調 查 結 果	職場霸凌事件 <input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> 不成立
調 查 結 果 說 明	一、事由 二、調查事項 三、認定理由 四、佐證資料
調 查 紀 錄 製 作 日 期	

(機關名稱條戳)