

## 高雄市楠梓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）

|  |                        |                             |            |  |         |           |  |
|--|------------------------|-----------------------------|------------|--|---------|-----------|--|
| <b>被害人資料</b>                                   | 姓名                     |                             | 性別         | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女<br><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                     |                             |            |  |         |           |  |
| <b>申訴事實內容</b>                                  | 加害人姓名                  | <input type="checkbox"/> 不詳 | 加害人服務或就學單位 | <input type="checkbox"/> 無<br><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<br><input type="checkbox"/> 下午                               | 時 分     |           |  |
|  | 事件發生地點                 |                             |            |  |         |           |  |
|  | 事件發生過程                 |                             |            |  |         |           |  |
| <b>相關證據</b>                                    | 附件1：<br>附件2：<br>（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。<br>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）-----

|                  |   |  |      |  |
|------------------|---|--|------|--|
| <b>初次接獲單位</b>    | 單位名稱  |  | 本案案號 |  |
|                  | 職稱  |  | 承辦人  |  |
|                  | 單位主管  |  |      |  |
| <b>處理或移送流程摘要</b> | 接獲申訴時間及方式<br>年 月 日上午/下午 時 分<br><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<br><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<br><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<br>性騷擾相對人不明，是否需要協助申訴人至警局報案<br><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<br><input type="checkbox"/> 女<br><input type="checkbox"/> 其他： | 出生年月日 | 年 月 日( 歲) |
|         | 身分證統一編號<br>(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<br><input type="checkbox"/> 女<br><input type="checkbox"/> 其他： | 出生年月日 | 年 月 日( 歲) |
|               | 身分證統一編號<br>(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 |     |  |       |           |
| <b>*檢附委任書</b> |                    |   |     |  |       |           |