

## 職場霸凌申訴書

(有代理人者，請另填代理人資料表)

|                            |  |   |                      |   |
|----------------------------|--|---|----------------------|---|
| 申<br>訴<br>人<br>資<br>料      | 姓名   |   | 聯絡電話及<br>電子郵件        | (公)<br>(宅)<br>(手機)<br>(E-Mail)                              |
|                            | 國民身分證<br>統一編號                              |   | 出生年月日                | 年 月 日<br>(歲)  |
|                            | 服務機關<br>(單位)                               | 高雄市政府財政局<br>( )   | 職稱                   |   |
|                            | 身分別  | <input type="checkbox"/> 公務人員 <input type="checkbox"/> 聘任人員 <input type="checkbox"/> 聘用人員 <input type="checkbox"/> 約僱人員 <input type="checkbox"/> 駐衛警<br><input type="checkbox"/> 工友(含技工、駕駛) <input type="checkbox"/> 約用人員 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |                      |   |
|                            | 住(居)所地址                                    |   |                      |   |
|                            | 公文送達<br>(寄送)地址                             | <input type="checkbox"/> 同住居所地址<br><input type="checkbox"/> 另列如下(請勿填寫郵政信箱)<br>_____   |                      |   |
| 申<br>訴<br>事<br>實<br>內<br>容 | 被申訴人姓名                                     |   | 被申訴人<br>服務機關<br>(單位) | 高雄市政府財政局<br>( )   |
|                            | 被申訴人職稱                                     |   | 被申訴人<br>身分別          | <input type="checkbox"/> 一般同仁 <input type="checkbox"/> 機關首長 |
|                            | 事件發生時間<br>(起訖時點)                           |   |                      |   |
|                            | 事件發生機關                                     |   |                      |   |
|                            | 事件發生過程<br>(請載明發生事件<br>時之行為、內容、<br>相關事證或人證) |   |                      |   |
| 相<br>關<br>證<br>明           |  |   |                      |   |
| (上述紀錄業經申訴人確認其內容無誤)         |  |   |                      |   |
| 申訴人：                       |  |   |                      |   |
| 代理人(如無則免填)：                |  |   | (簽章)                 |   |
| 中華民國 年 月 日                 |  |   |                      |   |

代理人資料表(無者免填)

|       |              |  |           |                                |
|-------|--------------|--|-----------|--------------------------------|
| 代理人資料 | 姓名           |  | 出生年月日     | 年月日<br>(歲)                     |
|       | 國民身分證統一編號    |  | 聯絡電話及電子郵件 | (公)<br>(宅)<br>(手機)<br>(E-Mail) |
|       | 住(居)所地址      |  |           |                                |
|       | 職業           |  |           |                                |
|       | 關係           |  |           |                                |
|       | *委任代理人應檢附委任書 |  |           |                                |

-----處理情形摘要 (以下申訴人免填) -----

|           |        |                 |               |  |
|-----------|--------|-----------------|---------------|--|
| 初次接獲單位    | 單位名稱   |                 | 紀錄人姓名         |  |
|           | 聯絡電話   |                 | 職稱            |  |
|           | 被申訴人姓名 |                 | 被申訴人國民身分證統一編號 |  |
|           | 接獲申訴時間 | 年 月 日 上(下)午 時 分 |               |  |
| 紀錄人： (簽章) |        |                 |               |  |

|            |        |                 |
|------------|--------|-----------------|
| 安全及衛生防護委員會 | 召開會議時間 | 年 月 日 上(下)午 時 分 |
|            | 申訴是否受理 |                 |
| 召集人： (簽章)  |        |                 |

附註：機關應於接獲申訴之日起 10 日內，召開防護委員會會議，決定是否受理，並以書面通知申訴人是否受理；無從通知者，免予通知；不受理者，應於書面通知內敘明理由。

### 職場霸凌事件申訴委任書

| 稱謂    | 姓名 | 出生<br>年月日 | 國民身分證<br>統一編號 | 住(居)所地址 | 聯絡電話 |
|-------|----|-----------|---------------|---------|------|
| 委任人   |    |           |               |         |      |
| 委任代理人 |    |           |               |         |      |

茲委任 \_\_\_\_\_ 為代理人，受委任人就本人與 \_\_\_\_\_ 間職場霸凌案

並有

件，有為一切申訴行為之代理權限，

但無

撤回申訴之特別權限，爰依法提出本件

委任書。

此致

高雄市政府財政局

代理人(如無則免填)：

(簽章)

