

高雄市鳳山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 | 不詳 <input type="checkbox"/> | 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 | | | | | |