

高雄醫學大學附設高醫岡山醫院性騷擾事件申訴書

案號：

申 訴 人	姓 名		性別	☐ 男 ☐ 女	出生年月日	年 月 日(歲)		
	身分證號碼 (或護照號碼)		聯絡 電話		服務或 就學單位		職稱	
	住(居)所	縣 市 村 路 段 弄 號 樓 市 里 巷						
	通訊地址	☐ 同住居所地址 ☐ 另列如下(請勿填寫郵政信箱) 縣 市 村 路 段 弄 號 樓 市 里 巷						
	國籍別	☐ 本國籍非原住民 ☐ 本國籍原住民 ☐ 大陸籍(含港澳) ☐ 外國籍 ☐ 其他(含無國籍)_____						
	身心障礙別	☐ 非身心障礙者 ☐ 領有身心障礙證明 ☐ 疑似身心障礙者 ☐ 不詳						
	教育程度	☐ 學齡前 ☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中(職) ☐ 專科 ☐ 大學 ☐ 研究所以上 ☐ 不識字 ☐ 自修 ☐ 不詳						
	職業	☐ 學生 ☐ 服務業 ☐ 專門職業 ☐ 農林漁牧 ☐ 工礦業 ☐ 商業 ☐ 公務人員 ☐ 教職人員 ☐ 軍人 ☐ 警察 ☐ 神職人員 ☐ 家庭管理 ☐ 退休 ☐ 無工作 ☐ 其他： ☐ 不詳						
被 申 訴 人	姓 名		性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他 ☐ 不詳	聯絡電話			
	身分證號碼 (或護照號碼)		服務或 就學單位		職稱			
與申訴人 兩造關係	☐ 陌生人 ☐ (前)配偶或男女朋友 ☐ 親屬 ☐ 朋友 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 師生關係 ☐ 客戶關係 ☐ 醫病關係 ☐ 信(教)徒關係 ☐ 上司/下屬關係 ☐ 網友 ☐ 鄰居 ☐ 追求關係 ☐ 其他_____							
事件發 生時間	年 月 日 ☐ 上午 時 分 ☐ 下午 時 分 ☐ 晚上 時 分			事件發 生地點				
事件發 生過程								
提供相 關證據	☐ 人證： ☐ 物證： ☐ 其他：							
請求事項								
本申訴事件申訴前有無提起調解或訴訟。 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 調解 ☐ 民事訴訟 ☐ 刑事訴訟 ☐ 行政訴訟								
申訴人(法定代理人或委任代理人)簽名或蓋章： 申訴日期： 年 月 日 (依行政程序法第 22 條規定，未滿 20 歲且未婚之未成年者性騷擾申訴，應由其法定代理人提出。)								
以上內容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：								
收文日期				收文章戳				

-----承辦單位 (由接獲申訴人員填報) -----

初次接獲單位	單位名稱		職 稱	
	姓 名		聯絡電話	
	接 獲 申 訴 時 間	年 月 日 ☐ 上午 時 分 ☐ 下午		

備註：

1. 本申訴書填寫完畢後，應影印 1 份予申訴人留存。
2. 承辦單位應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。

高醫岡山 114.01.21 修訂版