**高雄市立聯合醫院性騷擾事件申訴書（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）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申訴人資料** | 姓名 |  | 性別 | □男　□女 | 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** | 行為人姓名 | 　　　 □不詳 | 行為人服務或就學單位 | □　　　　　　　　職稱：　　　　聯絡電話：□無□不詳 |
| 事件發生時間 | 　　　年　　　月　　　日　　□上午□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） |
| **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** |
| **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□當場申訴 □電話申訴 □書面資料申訴 □有□無提供佐證資料□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□性別工作平等法第12條規定 □性騷擾防治法第2條 |
| □有 □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□受理單位受理性騷擾申訴後即開始進行調查□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□有需要協助 □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 | □男　□女 | 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 | □學生□服務業□專門職業□農林漁牧□工礦業□商業□公教軍警□家庭管理□退休□無工作□其他：　　　　　　□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 | □男　□女 | 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 | □學生□服務業□專門職業□農林漁牧□工礦業□商業□公教軍警□家庭管理□退休□無工作□其他：　　　　　　□不詳 |
| **＊檢附委任書** |