

高雄榮民總醫院臺南分院性騷擾事件申訴書

申訴人基本資料							
姓名		性別		出生年月日		身分證字號	
服務單位				職稱		聯絡電話	
通訊地址							
代理人基本資料(無則免填)							
姓名		出生年月日		身分證字號			
服務單位				職稱		聯絡電話	
通訊地址							
被申訴人之基本資料							
姓名		出生年月日		身分證字號			
通訊地址						聯絡電話	
服務單位		職稱		單位地址			
申訴事由(請詳述)							
1. 有誰知道(或看到)這件事?							
2. 發生什麼事讓你覺得不舒服?							
3. 發生在什麼時間?							
4. 你曾以什麼方式拒絕?							
5. 你能舉證出什麼證明?							
6. 你曾向誰提出求援?							
7. 你的上司知道後如何處理?							
8. 上司的處理你滿意嗎?							
9. 你的感覺如何?							
10. 你希望如何幫你?							
提供的文件	1. <input type="checkbox"/> 錄音帶、錄影帶 2. 其他						
申訴人簽署	姓名：_____						
代理人簽署	姓名：_____						

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

輪值委員：

受理人：