

(附表一) ※ 此為保密性資料

中山醫療社團法人中山醫院 性騷擾事件申訴書

(有法定代理人、受任人者，請另填背面法定代理人、受任人資料表)

被 害 人 資 料	姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳						
	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						
申 訴 事 實 內 容	加 害 人 姓 名	<input type="checkbox"/> 不詳	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(法定代理人或受任人)簽名或蓋章:					申訴日期: 年 月 日			
上紀錄經當場向申訴人朗讀或交付閱覽，申訴人認為無異。 記錄人簽名或蓋章:								

-----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		接 案 人 員		職 稱	
	聯 絡 電 話		接 獲 申 訴 時 間	年	月	日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分
處 理 或 移 送 流 程 摘 要	<input type="checkbox"/> 1. 本單位即為加害人所屬機構或僱用人，如有資料不齊者，請申訴人於 14 日內補正資料，否則不予受理。 <input type="checkbox"/> 2. 本單位為警察機關，已就性騷擾申訴事件詳予記錄。處理情形如下： <input type="checkbox"/> 2-1 因已知悉加害人有所屬機關、部隊、學校、機構、僱用人，將即移請其所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人續為調查，並副知該管直轄市、縣(市)主管機關及申訴人。 <input type="checkbox"/> 2-2 因加害人不明，將即行調查。 <input type="checkbox"/> 2-3 因不知加害人有無所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人，將即行調查。 <input type="checkbox"/> 3. 本單位為直轄市、縣(市)主管機關： <input type="checkbox"/> 3-1. 知加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人者：直轄市、縣(市)主管機關於 7 日內					

	<p>將上開資料移請加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人處理，跨轄者並副知該地直轄市、縣（市）主管機關。</p> <p><input type="checkbox"/> 3-2. 加害人不明或不知有無所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人者：直轄市、縣（市）主管機關於7日內將上開資料移請事件發生地警察機關處理。</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 本單位非以上單位，將於7日內將本申訴書及相關資料移送本地直轄市、縣（市）主管機關處理。</p>
--	---

備註：1. 本申訴書填寫完畢後，「初次接獲單位」應影印一份予申訴人留存。
 2. 本院應於申訴或移送到達之日起七日內開始調查，並應於二個月內調查完成；必要時，得延長一個月。
 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。（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	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				

受任人資料表（無者免填）

受任人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<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				
料	*檢附委任書					

(附表二)※此為保密性資料

立案案號：

立案日期：

性騷擾案件申訴立案紀錄單

一、申訴人(再申訴人)基本資料

1. 姓名：_____ 身份證字號：_____ 出生日：_____

2. 本院員工：醫師 護理人員 行政人員 醫事人員 其他_____
非本院員工：病患 家屬 求職者 其他_____

3. 性別：男 女

4. 地址：_____

5. 服務單位：

6. 聯絡方式：_____ E-mail：_____

二、被申訴者基本資料

1. 姓名：_____；性別：男 女

2. 職類：醫師 護理人員 行政人員 醫事人員 其他_____

3. 服務單位：

三、申訴反應案件發生之經過

1. 發生日期/時間：

2. 發生地點：

3. 陳述發生經過：

四、申訴反應之主要問題及目的

五、佐證資料(人證、物證：如照片……等)

有

無

呈核 鈞長核示指派性騷擾申訴處理委員會成員及調查員。承辦人：_____

院長：

行政副院長：

醫療副院長

