

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	出生年月日	年	月	日
	身分證統一編號 (或護照號碼)		聯絡電話		服務單位		職稱	
	住(居)所	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	路 街	段 巷	弄	號 樓
	聯絡居住 (寄送)地址	<input type="checkbox"/> 同住居所地址 <input type="checkbox"/> 另列如下(請勿填寫郵政信箱)						
	國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民 <input type="checkbox"/> 本國籍原住民 <input type="checkbox"/> 大陸籍(含港澳) <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 其他(含無國籍)						
	身心障礙別	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳						
	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"/> 公務人員 <input type="checkbox"/> 教職人員 <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 神職人員 <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	服務單位	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳	職稱：	聯絡電話：		
	與被申訴人 兩造關係	<input type="checkbox"/> 陌生人 <input type="checkbox"/> (前)配偶或男女朋友 <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 同學 <input type="checkbox"/> 師生關係 <input type="checkbox"/> 客戶關係 <input type="checkbox"/> 醫病關係 <input type="checkbox"/> 信(教)徒關係 <input type="checkbox"/> 上司/下屬關係 <input type="checkbox"/> 網友 <input type="checkbox"/> 鄰居 <input type="checkbox"/> 追求關係 <input type="checkbox"/> 其他						
	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								
申(告)訴意願	<input type="checkbox"/> 提出申訴 <input type="checkbox"/> 暫不提申訴 <input type="checkbox"/> 提出告訴(第25條) <input type="checkbox"/> 暫不提告訴(第25條)							
相關證據	附件1：							
	附件2：	(無者免填)						
<p>申訴人(法定代理人或委任代理人)簽名或蓋章：</p> <p style="text-align: right;">申訴日期： 年 月 日</p> <p>(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。)</p>								
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">紀錄人簽名或蓋章：</p>								

(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				

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	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					

委任書

茲因本人遭受工作場所性騷擾，不便親自辦理申訴事宜，故全權

委託 _____君代為提出。

委託人(親自簽名)：

聯絡電話：

聯絡(居住)地址：

委任代理人或法定代理人(親自簽名)：

聯絡電話：

聯絡(居住)地址：

中華民國

年

月

日