

實踐大學執行職務遭受不法侵害申訴單

通報內容	
發生日期：_____時間：_____	發生地點：_____
申訴者	被申訴者
姓名或特徵：_____	姓名或特徵：_____
性別： <input type="checkbox"/> 生理男 <input type="checkbox"/> 生理女	性別： <input type="checkbox"/> 生理男 <input type="checkbox"/> 生理女
<input type="checkbox"/> 外部人員	<input type="checkbox"/> 外部人員
<input type="checkbox"/> 內部人員-所屬部門/單位：	<input type="checkbox"/> 內部人員-所屬部門/單位：
申訴者及被申訴者關係：	
發生原因及過程(詳細說明事件發生地點、時間、行為及過程)：	
(可自行擴充填寫範圍或使用附件)	
附件資料： <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 文字、 <input type="checkbox"/> 影音檔、 <input type="checkbox"/> 照片、 <input type="checkbox"/> 醫療證明文件)、 <input type="checkbox"/> 無	
不法侵害類型：	造成傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (請填下述內容)
<input type="checkbox"/> 職場暴力 <input type="checkbox"/> 職場霸凌	1. 傷害者： <input type="checkbox"/> 申訴者 <input type="checkbox"/> 被申訴者 <input type="checkbox"/> 其他_____
<input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 就業歧視	. 傷害程度：_____
<input type="checkbox"/> 跟蹤騷擾 <input type="checkbox"/> 其他：	目擊者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (請填姓名)：_____
申訴人簽名或蓋章：	
聯絡電話：_____	
申訴日期：_____年_____月_____日，時間：_____	
受理人簽章：	
受理日期：_____年_____月_____日，時間：_____	