

安泰醫療社團法人安泰醫院

申訴書編號：

性騷擾申訴書

機密文件，不得影印流傳

一. 申訴人			
姓名	性別	年齡	聯絡電話
	☐ 男 ☐ 女		
身分證統一編號 或護照號碼	服務或就學單位	職稱	住所或居所地址
二. 被申訴人(請詳填)			
姓名	性別	年齡	聯絡電話：
	☐ 男 ☐ 女		
身分證統一編號 或護照號碼	機構/部門/單位	職稱	住所或居所地址
與申訴人 兩造關係	☐ 陌生人 ☐ (前)配偶或男女朋友 ☐ 親屬 ☐ 朋友 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 師生關係 ☐ 客戶關係 ☐ 醫病關係 ☐ 信(教)徒關係 ☐ 上司/下屬關係 ☐ 網友 ☐ 鄰居 ☐ 追求關係 ☐ 其他		
事發時間：		事發地點：	
事件發生過程：			
相關證據	附件 1：	附件 2：	(無者免填)
申訴人簽名：		申訴日期：	年 月 日
收文日期		收文人簽章	
1. 本申訴書所載之資料應詳實。			
2. 匿名申訴案件概不受理。			
3. 嚴禁誣陷，違者依規定議處。			
4. 申訴書編號由性騷擾防治委員會填寫。			