

## 職場霸凌申訴書

(有代理人者，請另填代理人資料表)

申 訴 人 資 料	姓 名		聯絡電話及 電子郵件	(公) (宅) (手機) (E-Mail)
	國 民 身 分 證 統 一 編 號		出生年月日	年 月 日 (歲)
	服務學校 (單位)		職 稱	
	身分別	<input type="checkbox"/> 公務人員 <input type="checkbox"/> 聘任人員 <input type="checkbox"/> 聘用人員 <input type="checkbox"/> 約僱人員 <input type="checkbox"/> 駐衛警 <input type="checkbox"/> 工友(含技工、駕駛) <input type="checkbox"/> 約用人員 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	住(居)所地址			
	公文送達 (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)		
申 訴 事 實 內 容	被申訴人姓名		被申訴人 服務學校 (單位)	
	被申訴人職稱		被申訴人 身分別	<input type="checkbox"/> 一般同仁 <input type="checkbox"/> 校長
	事件發生時間 (起訖時點)			
	事件發生地點 (學校)			
	事 件 發 生 過 程 (請載明發生事件 時之行為、內 容、相關事證或 人證)			
相 關 證 明 文 件				
(上述紀錄業經申訴人確認其內容無誤)  申訴人: _____ (簽章) 代理人(如無則免填): _____ (簽章) 中華民國 年 月 日				

## -----處理情形摘要(以下申訴人免填)-----

代理人資料	姓名		出生年月日	年月日 (歲)
	國民身分證 統一編號		聯絡電話及電子郵件	(公) (宅) (手機) (E-Mail)
	住(居)所地址			
	職業			
	關係			
	*委任代理人應檢附委任書			
初次接獲單位	單位名稱		紀錄人姓名	
	聯絡電話		職稱	
	被申訴人姓名		被申訴人國民身分證統一編號	
	接獲申訴時間	年月日上(下)午時分		
紀錄人： (簽章)				

安全及衛生防護委員會	召開會議時間	年月日上(下)午時分
	申訴是否受理	
召集人： (簽章)		

附註：本校應於接獲申訴之日起十日內，召開防護委員會會議，決定是否受理，並以書面通知申訴人是否受理；無從通知者，免予通知；不受理者，應於書面通知內敘明理由。