

# 彰化基督教醫院職場霸凌事件申訴書

(附件一)

(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)

申 訴 人 資 料	姓 名		性 別		生 日	年	月	日
	員 工 代 號		聯 絡 電 話		部 門		職 稱	
申 訴 事 實 內 容	被 申 訴 人 姓 名		部 門		職 稱			
	事 件 發 生 時 間	年 月 日 時 分						
	事 件 發 生 地 點							
	第一次發生	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明：						
	事件發生過程描述							
事件發生後 是否有尋求 相關協助								
相 關 證 據	附件 1： 附件 2： (無者免填)							
申訴人(法定代理人或委任代理人)簽名或蓋章：					申訴日期： 年 月 日			
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。 紀錄人簽名或蓋章：								

註:如有資料不齊申訴人須於 14 日內補正資料，逾期不予受理。

-----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

備註：1. 本申訴書填寫完畢後，「初次接獲單位」應影印 1 份予申訴人留存。

2. 本申訴書（紀錄）所載當事人相關資料，除有調查之必要或基於安全之考量者外，應予保密。

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：				

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：				
	*檢附委任書					