

附件 7

國立中山大學教職員工生遭受職場暴力申訴單

密 件

申 訴 人	申 訴 人 姓 名			與 受 害 人 之 關 係	<input type="checkbox"/> 受害人本人 <input type="checkbox"/> 受害人法定代理人 <input type="checkbox"/> 受害人委任代理人	
	目 擊 者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，姓名或特徵：				
類 別	<input type="checkbox"/> 肢 體 暴 力 <input type="checkbox"/> 心 理 暴 力 <input type="checkbox"/> 語 言 暴 力 <input type="checkbox"/> 性 騷 擾					
受 害 人	受 害 人 姓 名		連 絡 電 話		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身 分 證 統 一 編 號		職 稱		服 務 單 位	
	受 害 人 有 無 受 傷	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請詳述：				
行 為 人	行 為 人 姓 名 或 特 徵 (施 暴 者)		與 受 害 人 之 關 係		服 務 單 位	
	行 為 人 有 無 受 傷	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請詳述：				
申 請 事 實 內 容	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 (請 詳 述)					
	相 關 證 據					
	事 件 處 理	<input type="checkbox"/> 警察部門 <input type="checkbox"/> 校警人員 <input type="checkbox"/> 送醫(119) <input type="checkbox"/> 自行協調 <input type="checkbox"/> 其他				
	行 為 人 處 置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自行離開 <input type="checkbox"/> 警方逮捕 <input type="checkbox"/> 其他				
申訴人簽名或蓋章：				申請日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分		

-----收件情形摘要（以下申訴人免填，由接獲申訴案件受理收件單位自填）-----

收 件	接獲申訴案件時間	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時 分	收件人員簽章	(請加註簽章日期)
					收件人員單位 主 管 簽 章	(請加註簽章日期)
備 註	1.本申請書填寫完畢後，收件單位應影印1份予申請人留存。 2.以電話提出申訴者，應於3日內以書面補正。申訴書或言詞作成之紀錄不合規定，而其情形可補正者，請申訴人於7日內補正資料。 3.本申請書所載當事人相關資料，除有調查之必要或基於公共安全之考量者外，應予保密；負保密義務者洩密時，應依刑法或其他相關法規處罰。					
以上紀錄經向申訴人朗讀或交付閱覽，申訴人認為無誤。 申訴人簽名或蓋章：						

受理申訴評議委員會簽收	校安單位簽收	直屬長官簽收
(請加註簽章日期)	(請加註簽章日期)	(請加註簽章日期)