

仁德醫護管理專科學校  
教職員工執行職務遭受不法侵害申訴(通報)表

申訴案號：\_\_\_\_\_ (由人事室填寫)

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

發生日期及時間：\_\_\_\_\_ 地點：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡方式：\_\_\_\_\_

當事人關係：	
申訴人(疑似受害者)	被申訴人(疑似加害者)
姓名：_____	姓名：_____
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
(所屬單位：_____)	(所屬單位：_____)
不法侵害類型： <input type="checkbox"/> 內部職場暴力 <input type="checkbox"/> 內部職場霸凌 <input type="checkbox"/> 內部職場騷擾 <input type="checkbox"/> 其它：_____	造成傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (請填下述內容) 1. 造成傷害說明_____ 2. 傷害程度：_____ 3. 目擊者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ (請填姓名)
發生原因及過程：	
希望獲得之處理方式： <input type="checkbox"/> 協處 <input type="checkbox"/> 申訴	

備註：

- 一、教職員工於知悉或遭遇職場暴力(含疑似暴力行為)時，應於事件發生後 30 日內填具本表，送收件單位人事室辦理。
- 二、本表所稱申訴人(疑似受害者)係指「執行職務因他人行為疑似遭受身體或精神之不法侵害提起申訴(通報)者」；所稱被申訴人(疑似加害者)係指「疑似具有不法侵害行為，造成他人身體或精神之傷害被申訴(通報)者」。於處理通報案件時，則指通報案件之當事人。
- 三、本表各欄如不敷使用，得自行接續使用。

申訴人(通報人)：\_\_\_\_\_ (簽章)

人事室：\_\_\_\_\_

收件日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日