

社團法人高雄市牙醫師公會

牙醫診所

員工申訴書(性騷擾事件員工申訴書)

自 113 年 4 月 1 日起適用

被 害 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		服務單位		職 稱	
	通 訊 地 址	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	路 街	段 巷	弄	號
申 訴 事 實 內 容	行為人姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	聯絡電話			
	與被害人之 關係							
	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							
	相 關 證 據							
院 長 簽 名			主 管 簽 名			被害人(法定代理人或委任代理人)簽名 或蓋章：		
						(依行政程序法第 22 條規定，未滿 18 歲者之性騷擾申 訴，應由其法定代理人提出。)		

申訴日期： 年 月 日