

## 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)
	服務機關 (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(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 服務機關 (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"/> 機關首長
	事件發生時間 (起訖時點)			
	事件發生機關			
	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				

代理人資料表(無者免填)

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			

-----處理情形摘要 (以下申訴人免填) -----

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：機關應於接獲申訴之日起 10 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。