

**性騷擾事件申訴書（紀錄）**

（有法定代理人、委任代理人者，請另填背面法定代理人、受任人資料表）

<b>被害人資料</b>	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		服務或就學單位		職稱	
	住（居）所	縣市	鄉鎮市區	村里	路街巷	段	弄號	樓
	教育程度	<input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中（職） <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳						
	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"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 其他：						
<b>申訴事實內容</b>	被害人姓名		加害人服務或就學單位	<input type="checkbox"/> 名稱： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳	職稱：	聯絡電話：		
	事件發生時間	年	月	日	時	分		
	事件發生地點							
	事件發生過程							
<b>相關證據</b>	附件 1： 附件 2：	（無者免填）						
被害人(法定代理人或受任人)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：								

-----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
處理或移送流程摘要	<input type="checkbox"/> 1. 本單位即為加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人, 如有資料不齊者, 請申訴人於 14 日內補正資料, 否則不予受理。					
	<input type="checkbox"/> 2. 本單位為警察機關, 已就性騷擾申訴事件詳予記錄。處理情形如下:					
	<input type="checkbox"/> 2-1 因已知悉加害人所屬機關、部隊、學校、機構、僱用人, 將即移請其所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人續為調查, 並副知該管直轄市、縣(市)主管機關及申訴人。					
	<input type="checkbox"/> 2-2 因已知悉加害人無所屬機關、部隊、學校、機構、僱用人, 將即行調查。					
<input type="checkbox"/> 2-3 因加害人不明或不知有無所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人, 將於 7 日內查明; 未能查明加害人之身分者, 應即就性騷擾之申訴逕為調查。						
<input type="checkbox"/> 2-4 因加害人為機關首長、部隊主官(管)、學校校長、機構之最高負責人、僱用人, 將移請該機關、部隊、學校、機構或僱用人所在地直轄市、縣(市)主管機關續為調查, 並副知申訴人。						
<input type="checkbox"/> 3. 本單位為直轄市、縣(市)主管機關:						
<input type="checkbox"/> 3-1. 知加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人者: 直轄市、縣(市)主管機關於 7 日內將上開資料移請加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人處理, 跨轄者並副知該地直轄市、縣(市)主管機關。						
<input type="checkbox"/> 3-2. 加害人不明或不知有無所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人者: 直轄市、縣(市)主管機關於 7 日內將上開資料移請事件發生地警察機關處理。						
<input type="checkbox"/> 4. 本單位非以上單位, 將於 7 日內將本申訴書及相關資料移送本地直轄市、縣(市)主管機關處理。						

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. 提出申訴書者, 將標題之「紀錄」2 字及「紀錄人簽名或蓋章」欄刪除。  
 3. 機關、部隊、學校、機構或僱用人, 應於申訴或移送到達之日起 7 日內開始調查, 並應於 2 個月內調查完成; 必要時, 得延長 1 個月, 並應通知當事人。  
 4. 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公共安全之考量者外, 應予保密。

## 法定代理人資料表

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 鄉 村 路 段 弄 號 樓	市 鎮 市 區 里 街 巷			
	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"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 其他:				

## 受任人資料表 (需檢附委任書; 若無授認人免填)

受任人資料	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 鄉 村 路 段 弄 號 樓	市 鎮 市 區 里 街 巷			
	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"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 其他:				
* 檢附委任書						

