

## 高雄市七賢脊椎外科醫院 性騷擾事件申訴書

申 訴 人	姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日( 歲)	
	身分證號碼(或護照號碼)				聯 絡 電 話		
	服務或就學單位				職 稱		
	住(居)所	縣 市	村 里	路	段 弄 號 樓	巷	
	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					
	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"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他					
被 申 訴 人	姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯 絡 電 話		
	身分證號碼(或護照號碼)						
	服務或就學單位				職 稱		
事件發生時間	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 時 分 <input type="checkbox"/> 下午 時 分 <input type="checkbox"/> 晚上 時 分			事件發生地點			
請以文字敘述申訴事實發生過程、內容							
提供相關證據	<input type="checkbox"/> 人證： <input type="checkbox"/> 物證： <input type="checkbox"/> 其他：						

請 事 項			
本申訴事件申訴前 有無提起調解或訴訟。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 調解 <input type="checkbox"/> 民事訴訟 <input type="checkbox"/> 刑事訴訟 <input type="checkbox"/> 行政訴訟			
申訴人 簽名或蓋章		申訴日期	
以上內容經當場向申訴人朗讀或交付閱覽，申訴人認為無誤。 <p style="text-align: right;">紀錄人簽名或蓋章：</p>			
收文日期		收文章戳	