

# 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(含技工、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 子	(公) (宅) (手 機)(E-
	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。