



職場不法侵害事件通報單

通報內容	
通報時間： 年 月 日 通報型式： <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 信件 <input type="checkbox"/> 其他 發生日期：_____ 時間：_____	
發生地點：_____	
通報者姓名：_____	
通報者單位：_____	
聯絡電話：_____	
E-mail：_____	
申訴人	被申訴人
姓名或特徵：_____	姓名或特徵：_____
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡電話：_____	<input type="checkbox"/> 外部人員
E-mail：_____	<input type="checkbox"/> 內部人員（所屬單位：_____）
<input type="checkbox"/> 外部人員	
<input type="checkbox"/> 內部人員（所屬單位：_____）	
申訴人與被申訴人關係：_____	
發生原因及過程：_____	
不法侵害類型：	
<input type="checkbox"/> 肢體暴力 <input type="checkbox"/> 語言暴力	
<input type="checkbox"/> 心理暴力 <input type="checkbox"/> 性騷擾	
<input type="checkbox"/> 跟蹤騷擾 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
造成傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填下述內容）	
1. 受傷人員： <input type="checkbox"/> 申訴人 <input type="checkbox"/> 被申訴人 <input type="checkbox"/> 其他	
2. 傷害程度：_____	
3. 目擊者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填姓名）_____	

通報人簽名：

通報日期/時間