

## 國立陽明交通大學適用性騷擾防治法之性騷擾事件申訴書

<b>被</b>	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	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	
<b>害</b>	住(居)所	縣 鄉 村 段 市 鎮 區 里 路 巷 弄 號 樓					
	公文送達 (寄送)地址	<input type="checkbox"/> 同住居所地址 <input type="checkbox"/> 通訊地址: 縣 鄉 村 段 市 鎮 區 里 路 巷 弄 號 樓					
<b>人</b>	國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民 <input type="checkbox"/> 本國籍原住民 <input type="checkbox"/> 大陸籍(含港澳) <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 其他(含無國籍)					
	身心障礙別	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳					
<b>資</b>	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"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公務人員 <input type="checkbox"/> 教職人員 <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 神職人員 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 不詳					
<b>料</b>	電子信箱						
<b>申</b>	行為人名 姓 名		行為人 性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳	聯絡電話		
	與被害人之 關係	<input type="checkbox"/> 陌生人 <input type="checkbox"/> (前)配偶或男女朋友 <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 同學 <input type="checkbox"/> 客戶關係 <input type="checkbox"/> 師生關係 <input type="checkbox"/> 醫病關係 <input type="checkbox"/> 信(教)徒關係 <input type="checkbox"/> 上司/下屬關係 <input type="checkbox"/> 網友 <input type="checkbox"/> 鄰居 <input type="checkbox"/> 追求關係 <input type="checkbox"/> 其他: _____					
<b>訴</b>	事件發生時間	年 月 日		<input type="checkbox"/> 上午 _____ 時 _____ 分 <input type="checkbox"/> 下午 _____ 時 _____ 分			
	事件知悉時間	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同事件發生時間 <input type="checkbox"/> 另列如下 <input type="checkbox"/> 上午 _____ 時 _____ 分 <input type="checkbox"/> 下午 _____ 時 _____ 分			
<b>事</b>	事件發生地點	<input type="checkbox"/> 私人住所 <input type="checkbox"/> 飯店旅館 <input type="checkbox"/> 百貨公司、商場、賣場 <input type="checkbox"/> 宗教場所 <input type="checkbox"/> 馬路 <input type="checkbox"/> 計程車 <input type="checkbox"/> 大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 公共廁所 <input type="checkbox"/> 辦公場所 <input type="checkbox"/> 其他公共場所( <input type="checkbox"/> 餐廳 <input type="checkbox"/> 休閒娛樂場所(含KTV) <input type="checkbox"/> 夜店 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 校園 <input type="checkbox"/> 補習班 <input type="checkbox"/> 公園) <input type="checkbox"/> 科技設備 <input type="checkbox"/> 健身、運動中心 <input type="checkbox"/> 其他: _____					
	事件發生過程						
<b>實</b>	違反性騷擾防治法第25條 告訴意願	<input type="checkbox"/> 提出告訴 <input type="checkbox"/> 暫不提出告訴					

有後續服務需求	<input type="checkbox"/> 有被害人保護扶助需求 <input type="checkbox"/> 無服務需求
相關證據	(請條列附件，並檢附之；無者免填)
(以上紀錄業經申訴人確認其內容無誤)	
被害人(法定代理人或委任代理人)簽名或蓋章：	
申訴日期： 年 月 日	
(依行政程序法第 22 條規定，未滿 18 歲者之性騷擾申訴，應由其法定代理人提出。)	

**法定代理人資料表(無者免填)**

(依行政程序法第 22 條規定，未滿 18 歲者之性騷擾申訴，應由其法定代理人提出。)

法定代理人資料表	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生年月日	年 月 日( 歲)
	身分證統一編號 (或護照號碼)		與被害人 之關係		聯絡電話	
	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"/> 公務人員 <input type="checkbox"/> 教職人員 <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 神職人員 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳				
	住(居)所	縣 市	鄉市 鎮區	村 里	路 段 巷	弄 號 樓

**委任代理人資料表(無者免填)**

委任代理人資料表	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	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	
	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"/> 公務人員 <input type="checkbox"/> 教職人員 <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 神職人員 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳				
	住(居)所	縣 市	鄉市 鎮區	村 里	路 段 巷	弄 號 樓
※需檢附委任書						

