

新北市新莊區公所性騷擾事件申訴書（紀錄）

（有法定代理人、委任代理人者，請另填背面法定代理人、委任代理人資料表）

被 害 人 資 料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年	月	日
	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	區	村 里	路	段 巷	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"/> 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 <input type="checkbox"/> 不詳						
申 訴 事 實 內 容	加害人姓名	<input type="checkbox"/> 不詳	加害人服務 或就學單位	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳	職稱：	聯絡電話：		
	事件發生時間	年	月	日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時	分	
	事件發生地點							
	事件發生過程							
相 關 證 據	附件1： 附件2： （無者免填）							
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			
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 因已知悉加害人有所屬機關、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 因加害人不明，將即行調查。 <input type="checkbox"/> 2-3 因不知加害人有無所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人，將即行調查。 <input type="checkbox"/> 3 本單位為直轄市、縣（市）主管機關： <input type="checkbox"/> 3-1. 知加害人有所屬機關、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。

(背面)

法定代理人資料表 (無者免填)

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 市	區	村 里	路	段 巷 弄 號 樓
	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： <input type="checkbox"/> 不詳				

委任代理人資料表 (無者免填)

委任代理人資料	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 市	區	村 里	路	段 巷 弄 號 樓
	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： <input type="checkbox"/> 不詳				
*檢附委任書						