

## 疑似職場不法侵害通報及處置表

通報內容	
發生日期：_____時間：_____	發生地點：_____
申訴人	被申訴人
姓名或特徵：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 外部人員 <input type="checkbox"/> 內部人員（所屬單位：_____）	姓名或特徵：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 外部人員 <input type="checkbox"/> 內部人員（所屬單位：_____）
受害者及加害者關係：_____	舉證資料： <input type="checkbox"/> 錄音 <input type="checkbox"/> 錄影 <input type="checkbox"/> 其他_____
不法侵害類型： <input type="checkbox"/> 職場暴力 <input type="checkbox"/> 職場霸凌 <input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 跟蹤騷擾 <input type="checkbox"/> 就業歧視	造成傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填下述內容） 1. 傷害者： <input type="checkbox"/> 受害者 <input type="checkbox"/> 加害者 <input type="checkbox"/> 其他_____ 2. 傷害程度：_____ 目擊者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，姓名_____ 3. 接受協調： <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意
發生原因及過程：	

通報人：

通報日期/時間：

★依本校執行職務遭受不法侵害預防計畫，對申訴者及被申訴者之權益及隱私將完全保密。

以下由受理單位寫

處置情形	
受理日期：_____ 時間：_____	調查時間：_____
參與調查或處理人員： <input type="checkbox"/> 外部人員（請敘明，如警政人員） <input type="checkbox"/> 內部人員（請敘明，如保全、人資等）	傷受害者需醫療處置否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 事發後雙方調解否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
申訴人說明發生經過與原因：（請敘明，可舉證相關事證）	
被申訴人說明發生經過與原因：（請敘明，可舉證相關事證）	
目擊者說明發生經過與原因：（請敘明，可舉證相關事證）	
調查結果：（請敘明，可舉證相關事證）	
申訴人安置情形	被申訴人懲處情形
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 醫療協助 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 同儕輔導 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 休假 <input type="checkbox"/> 法律協助 <input type="checkbox"/> 其他：_____	外部人員： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 送警法辦 內部人員： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 送警法辦 <input type="checkbox"/> 其他_____
向申訴人說明事件處理結果否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請註明日期）	
未來改善措施：	

護理師：

安管師：

副主任：

主任：

日期及時間：

日期及時間：

日期及時間：

日期及時間：