

性騷擾事件再申訴書

再申訴人身分		<input type="checkbox"/> 原申訴人		<input type="checkbox"/> 原申訴人法定代理人		<input type="checkbox"/> 原申訴人委任代理人	
		<input type="checkbox"/> 原被申訴人		<input type="checkbox"/> 原被申訴人法定代理人		<input type="checkbox"/> 原被申訴人委任代理人	
被(再)申訴代理人(或再申訴人為法定或委任代理人者, 資料欄請填寫)	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		服務單位	職稱	
	住(居)所	縣市 村里 路段巷弄 號 樓					
	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"/> 領有身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳					
	公文送達 (寄送)地址	<input type="checkbox"/> 同住居所地址 <input type="checkbox"/> 另列:					
	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					
再申訴事實內容	對造姓名	<input type="checkbox"/> 不詳	對造服務或就學單位	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳			
	兩造關係	<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"/> 師生關係 <input type="checkbox"/> 客戶關係 <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					
	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	光田醫療社團法人光田綜合醫院					
事件發生過程	<p>本案前於年月日由完成性騷擾申訴調查, 經:</p> <input type="checkbox"/> 處理結果為不受理(詳所附性騷擾申訴不受理通知書)。 <input type="checkbox"/> 逾期未完成調查 <input type="checkbox"/> 調查結果為不成立(詳所附性騷擾事件不成立通知書)。 <input type="checkbox"/> 調查結果為成立(詳所附性騷擾事件成立通知書)。 <input type="checkbox"/> 其他: 爰向貴單位提再申訴。此致 台中市政府社會局(地址: 台中市西屯區臺中港路二段89號3樓; 電話: 04-22289111; 傳真: 04-22259241)						
相關證據	附件 1: 附件 2: (無者免填)						
再申訴人簽名或蓋章:				再申訴日期:		年 月 日	
以上紀錄經當場向再申訴人朗讀或交付閱覽, 再申訴人認為無誤。				紀錄人簽名或蓋章:			

備註: 1. 本再申訴書填寫完畢後, 應影印1份予再申訴人留存。

2. 提出再申訴書者，將標題之「紀錄」2字及「紀錄人簽名或蓋章」欄刪除。
3. 直轄市、縣(市)主管機關應於受理再申訴日起7日內組成調查小組，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. 本再申訴書(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。

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	鄉鎮村 市區里	路 街	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				

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	鄉鎮村 市區里	路 街	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				
	*檢附委任書					

