

**密
件**

請傳 臺北榮民總醫院人事室

電話：02-28712121#86239

傳真：02-28757765

電子郵件信箱：580780@vghtpe.gov.tw

臺北榮民總醫院員工疑似遭受職場霸凌通報(紀錄)單

通報人	姓名	受理單位是否需回覆通報人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	身分證號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	通報時間	年 月 日 上午 時 分	
	服務單位	職稱		聯絡電話	【公】 【手機】	
通報內容						
被霸凌者	姓名	服務單位	職稱			
	聯絡方式	【公】 【手機】	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
霸凌者	發生日期	年 月 日	時間	上午 時 分 下午 時 分	發生地點	
	基本資料		霸凌類型		與被害人關係類別	
	姓名或特徵： 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 所屬單位： 職稱：		<input type="checkbox"/> 肢體霸凌 <input type="checkbox"/> 語言霸凌 <input type="checkbox"/> 心理霸凌 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 具指揮監督關係 <input type="checkbox"/> 不具指揮監督關係	
霸凌經過	發生原因及過程：(請載明發生事件時之行為、內容、可取得的相關事證資料及證明文件或人證)					
已予協助事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，已協助事項： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 驗傷(已開具驗傷診斷書)					
	通報人： (簽名或蓋章) 中華民國 年 月 日					

-----受理情形摘要（以下通報人免填，由接獲通報並做成紀錄人員自填）-----

初次接獲單位	單位名稱		紀錄人姓名		職稱	
	聯絡電話			接獲通報時間	年 月 日 上午 時 分 下午 時 分	
紀錄人： (簽章)						