

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遭受職場霸凌申訴單

編號 (由人事室填寫)		申訴人 姓名	(受霸凌者)	出生 日期	年 月 日
身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申訴 日期	年 月 日 上 午 時 分 下 午 時 分
服務單位		職稱	*	聯絡 電話	【公】 【手機】
住(居)所	縣 鄉 鎮 村 路 段 市 市 區 里 街 巷 弄 號 樓				
送達地址	<input type="checkbox"/> 同住居所地址 <input type="checkbox"/> 另列如下(請勿填寫郵政信箱)				
	縣 鄉 鎮 村 路 段 市 市 區 里 街 巷 弄 號 樓				
代理人 (無者 免填)	姓名	服務單位	職稱	身分證字號	聯絡電話
	性別	出生年月日	職業	關係	*委任代理人應檢 附委任書
	住(居)所	縣 鄉 鎮 村 路 段 市 市 區 里 街 巷 弄 號 樓			
	申訴內容				
發生 日期	年 月 日	時間	上 午 時 分 下 午 時 分	發生 地點	
霸凌者		霸凌類型		受霸凌者及霸凌者關係	
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	
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)					

造成傷害：無 有

目擊者：無 有（姓名：_____）

附件名稱：（如可取得的相關事證資料及證明文件、代理人委任書正本）

申訴人：（簽名或蓋章）

代理人：（簽名或蓋章）

中 華 民 國 年 月 日

-----受理情形摘要（以下申訴人免填，由接獲申訴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		接獲申訴時間	年	月	日 上(下)午 時 分
紀錄人：（簽章）						