

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

## 臺北榮民總醫院職場霸凌案件撤回申請書

編號(由人事室填寫)：		申請日期：中華民國 年 月 日		
姓名		性別		原申訴日期 中華民國 年 月 日
身分證號		住居所 地址		
		公文送達 (寄送)地 址	<input type="checkbox"/> 同住居所地址 <input type="checkbox"/> 另列如下	
出生年月日	中華民國 年 月 日			
聯絡電話	【住家】( )		【公】	【手機】
撤回原因				
<input type="checkbox"/> 本人瞭解一經撤回，不得就同一事件再行提出申訴。(臺北榮民總醫院職場霸凌防治申訴及處理要點第6點第7項) 本人欲撤回於職場霸凌申訴案件，並請終止本案件之所有調查行動，特此聲明。				
本人或受任人簽名：				
日期： 年 月 日				
附件				
備註	本案係保密案件。			