

密
件

請傳 臺北榮民總醫院人事室

電話：02-28712121#86239 傳真：02-2875776

電子郵件信箱：580780@vghtpe.gov.tw

附件2

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： ☐ 是 ☐ 否			
	通報時間	年	月	日	上午 下午	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】					
霸凌者	發生日期	年	月	日	時間	上午 下午	時 分
	基本資料		霸凌類型			與被害人關係類別	
	姓名或特徵： 性別： ☐ 男 ☐ 女 所屬單位： 職稱：		☐ 肢體霸凌 ☐ 語言霸凌 ☐ 心理霸凌 ☐ 其他			☐ 具指揮監督關係 ☐ 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	☐ 無 ☐ 有，已協助事項： ☐ ☐ 驗傷 (已開具驗傷診斷書)						

助 事 項			
	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 下 午 時 分	
紀錄人： (簽章)						