

中華醫事科技大學教職員工性騷擾申訴書

申訴人姓名		身分證號碼	
出生年月日		性別	
任職單位		電話/手機：	
住 居 所			
代理人姓名	(若無可免填)	身分證號碼	
出生年月日		性別	
任職單位		電話/手機：	
住 居 所			

壹、申訴事實發生日期、內容及理由：

--

(若表格不敷使用，可另行以附件陳述)

貳、申訴之相關事證或人證：

參、就本申訴事件有無提起訴願、訴訟：

☐ 無

☐ 有（請說明）

肆、提起申訴之年月日：

申訴人（簽名或蓋章）

代理人（簽名或蓋章）

中華民國 年 月 日

人事室
收件人

人事室
主任

備註：

- 1、本申訴書各項，依中華醫事科技大學教職員工性騷擾防治措施、申訴及懲戒要點第六條規定臚列，申訴書不合前項規定，而其情形可補正者，應於十四日內補正。
- 2、依上開要點第六條規定，申訴、再申訴說明及應具備之書件應以中文書寫；其書件引述外文者，應譯成中文，並應附原外文資料。因申訴所提出之資料，以錄音帶、錄影帶、電子郵件提出者，應檢附文字抄本，並應載明其取得之時間、地點，及其無非法盜錄、截取之聲明。