

怡和醫院 性騷擾決議申覆單

申覆編號：

申覆日期： 年 月 日

申 訴 人	姓名： _____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	單位： <input type="checkbox"/> 護理部 <input type="checkbox"/> 其他： _____	職稱： <input type="checkbox"/> 組員 <input type="checkbox"/> _____	生日： 年 月 日
	聯絡電話：		<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 委託 (請填代理人資料)	
代 理 人	姓名： _____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	單位： <input type="checkbox"/> 護理部 <input type="checkbox"/> 其他： _____	職稱： <input type="checkbox"/> 組員 <input type="checkbox"/> _____	生日： 年 月 日
	聯絡電話：				
原申訴編號 (人事室 填寫)					
申 覆 理 由					
調 查 結 果	<input type="checkbox"/> 維持原決議 <input type="checkbox"/> 變更原決議： _____ <input type="checkbox"/> 其他：				
調 查 小 組	委員簽名： 申訴人： 被申訴人：				
備 註	1. 申覆再決議應於 30 日內為之 2. 申訴人及被申訴人對申訴之決議有異議者，得於十日內提出申覆申請單				

結案日： 年 月 日