

怡和醫院 性騷擾申訴單

申訴編號：

申訴日期： 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：	填寫人： <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：				
被 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"/> 其他：	聯絡電話：
性 騷 擾 經 過	事發時間：		事發地點：		提供之相關證據： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
	事實經過：				
請 求 事 項					
調 查 結 果	<input type="checkbox"/> 不受理 原因： <input type="checkbox"/> 受 理： 決議： <input type="checkbox"/> 悔過書 <input type="checkbox"/> 職務調動 <input type="checkbox"/> 開除 <input type="checkbox"/> 移送法院 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
調 查 小 組	委員簽名： 申訴人： 被申訴人：				
備 註	1. 申訴程序：填寫此單一式一份，送人事室收件 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 3. 經結案後，不得就同一事由再提出申訴				

結案日： 年 月 日