

附表一

性騷擾事件申訴書	
案號： 年 字第 號	
申訴人姓名	
性別	
出生年月日	
國民身分證統一編號 (或護照號碼)	
服務單位及職稱	
住居所	
聯絡電話	
性騷擾之 具體 事實 內容	時間： 地點： 行為人： 性騷擾情形： 相關證據：（如：人證或目擊者、事證、紀錄）
此致 高雄市政府工務局 <div style="text-align: center;"> 申訴人（簽名或蓋章）： </div> 中華民國 年 月 日	

附表一背面 **性騷擾案(事)件通報表**※對內傳真，不得外洩

請傳本府社會局家庭暴力及性侵害防治中心

通報時間： 年 月 日 時 分

通報人	通報單位						
	通報人員	姓名	職稱	電話			
	受理時間	年 月 日 時 分	受理方式	<input type="checkbox"/> 員工親自報案 <input type="checkbox"/> 電話報案 <input type="checkbox"/> 其他			
類型	<input type="checkbox"/> 言語性騷擾 <input type="checkbox"/> 非言語性騷擾 <input type="checkbox"/> 身體性騷擾 <input type="checkbox"/> 乘人不及抗拒襲胸、擁抱、摸臀、摸肩膀、摸大腿、摸小腿等 <input type="checkbox"/> 其他						
案類	<input type="checkbox"/> 職場性騷擾 <input type="checkbox"/> 校園性騷擾 <input type="checkbox"/> 一般性騷擾 <input type="checkbox"/> 性騷擾第 25 條 (強制觸摸罪) <input type="checkbox"/> 社秩法 83 條 <input type="checkbox"/> 其他						
與被害人關係類別	<input type="checkbox"/> 本機關同事 <input type="checkbox"/> 他機關同事 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 不認識						
被害人	姓名		代號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	出生日期	年 月 日	身分證統一編號(或護照號碼)				
	機關別	<input type="checkbox"/> 本機關員工 (科室： 職稱：)					
		<input type="checkbox"/> 他機關員工 (機關名稱： 科室： 職稱：)					
	戶籍地址：						
	聯絡地址：						
	電話：【宅】	【公】	【手機】				
教育程度：	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳						
加害人與被害人關係	加害人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	身分證統一編號(或護照號碼)
	機關別	<input type="checkbox"/> 本機關員工 (科室： 職稱：)					
		<input type="checkbox"/> 他機關員工 (機關名稱： 科室： 職稱：)					
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳					
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳					
加害人數	<input type="checkbox"/> 1 人 <input type="checkbox"/> 2 人以上						
受害經過	一、時間(最近一次)： 年 月 日 時						
	二、案發地點： _____ 縣(市) _____ 鄉(鎮、市、區)						
	三、案發場所： <input type="checkbox"/> 私人場所 (<input type="checkbox"/> 被害人住所 <input type="checkbox"/> 加害人住所 <input type="checkbox"/> 被(加)害人親友住所 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 旅館房間 <input type="checkbox"/> 他人住所 <input type="checkbox"/> 不詳) <input type="checkbox"/> 非私人場所(<input type="checkbox"/> 辦公場所 <input type="checkbox"/> 空屋 <input type="checkbox"/> 地下室 <input type="checkbox"/> 頂樓陽台 <input type="checkbox"/> 電梯 <input type="checkbox"/> 工地 <input type="checkbox"/> 停車場 <input type="checkbox"/> 計程車 <input type="checkbox"/> 馬路邊 <input type="checkbox"/> 娛樂場所 <input type="checkbox"/> 荒野 <input type="checkbox"/> 大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 學校/教室 <input type="checkbox"/> 宿舍 <input type="checkbox"/> 公共廁所 <input type="checkbox"/> 工廠 <input type="checkbox"/> 河/海邊 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳) <input type="checkbox"/> 不詳						
	四、案情補充概述：						
是否提申訴或告訴	<input type="checkbox"/> 提申訴 <input type="checkbox"/> 不提申訴；觸犯性騷擾防治法第 25 條第 1 項 <input type="checkbox"/> 提告訴 <input type="checkbox"/> 不提告訴(可複選) <input type="checkbox"/> 其他						
備註說明	一、各單位人員受理性騷擾案(事)件後必須填寫本通報表，立即通報本府社會局家庭暴力及性侵害防治中心，至遲不得超過 24 小時。通報時應注意維護被害人身份之保密及隱私，不得洩漏或公開。 二、各機關處理性騷申訴事件，請依本府及所屬各機關學校性騷擾防治與申訴作業注意事項規定辦理。						