附件 2

職場霸凌申訴書

(有代理人者，請另填代理人資料表)

申訴人資料	姓名		聯絡電話及電子郵件	(公) (宅) (手機) (E-Mail)
	國民身分證統一編號		出生年月日	年　月　日 (歲)
	服務機關（單位）		職稱	
	身分別	□公務人員 □聘任人員 □聘用人員 □約僱人員 □駐衛警 □工友（含技工、駕駛） □約用人員 □其他：_____		
	住(居)所地址			
	公文送達(寄送)地址	□同住居所地址 □另列如下(請勿填寫郵政信箱)		
申訴事實內容	被申訴人姓名		被申訴人服務機關（單位）	
	被申訴人職稱		被申訴人身分別	□一般同仁 □機關首長
	事件發生時間（起訖時點）			
	事件發生機關			
	事件發生過程(請載明發生事件時之行為、內容、相關事證或人證)	造成傷害:□無□有，傷害程度:_____		
相關證明文件				

（上述紀錄業經申訴人確認其內容無誤）

申訴人:　　(簽章)

代理人(如無則免填):　　(簽章)

中華民國　　年　　月　　日

代理人資料表(無者免填)

代理人資料	姓名		出生年月日	年 月 日 (歲)
	國民身分證統一編號		聯絡電話及電子郵件	(公) (宅) (手機) (E-Mail)
	住(居)所地址			
	職業			
	關係			
	***委任代理人應檢附委任書**			

----------處理情形摘要（以下申訴人免填）----------

初次接獲單位	**單位名稱**		**紀錄人姓名**	
	聯絡電話		**職稱**	
	被申訴人姓名		**被申訴人國民身分證統一編號**	
	接獲申訴時間	**年 月 日 上（下）午 時 分**		
紀錄人：		**(簽章)**		

安全及衛生防護委員會	**召開會議時間**	**年 月 日 上（下）午 時 分**
	申訴是否受理	
召集人：		**（簽章）**

附註：機關應於接獲申訴之日起 10 日內，召開防護委員會會議，決定是否受理，並以書面通知申訴人是否受理；無從通知者，免予通知；不受理者，應於書面通知內敘明理由。