

臺北醫學大學性騷擾事件申訴書

密件

(有法定代理人、委任代理人者, 請另填背面法定代理人、委任代理人資料表) 編號:

被 害 人 資 料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日			年 月 日 (歲)	
	身分證統一編號 (或護照號碼)		聯絡 電話		服務或就學 單位		職稱		
	住(居)所	縣市 村里 路 段巷 弄 號 樓							
	國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民 <input type="checkbox"/> 本國籍原住民 <input type="checkbox"/> 大陸籍(含港澳) <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳							
	身心障礙別	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳							
教育程度	<input type="checkbox"/> 學齡前 <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								
職 業	<input type="checkbox"/> 學生(實習生) <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"/> 公務人員 <input type="checkbox"/> 教職人員 <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 神職人員 <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								
申 訴 事 實 內 容	加害人姓名	<input type="checkbox"/> 不詳	加害人服務 或就學單位	單位名稱: 職稱: 聯絡電話: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳					
	與被申訴人 兩造關係	<input type="checkbox"/> 陌生人 <input type="checkbox"/> 前配偶或男女朋友 <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 同學 <input type="checkbox"/> 師生關係 <input type="checkbox"/> 客戶關係 <input type="checkbox"/> 醫病關係 <input type="checkbox"/> 信(教)徒關係 <input type="checkbox"/> 上司下屬關係 <input type="checkbox"/> 網友 <input type="checkbox"/> 鄰居 <input type="checkbox"/> 追求關係 <input type="checkbox"/> 其他							
	事件發生時間	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分							
	事件發生地點								
事件發生過程									
相 關 證 據	附件1: 附件2: (無者免填)								
<p>被害人(法定代理人或委任代理人)簽名或蓋章: _____ 申訴日期: 年 月 日</p> <p>(依行政程序法第22條規定, 未滿18歲且未婚之未成年者性騷擾申訴, 應由其法定代理人提出。)</p>									
<p>以言詞或電子郵件為之者, 由收件單位作成紀錄並告知申訴人或交付閱覽, 申訴人認為無誤。</p> <p>申訴人(代理人)簽名或蓋章: _____</p>									

-----處理情形摘要(以下申訴人免填, 由受理單位自填)-----

受理單位	性別平等工作暨性騷擾防治委員會承辦人	性別平等工作暨性騷擾防治委員會執行秘書	性別平等工作暨性騷擾防治委員會主任委員
	接獲申訴時間	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分	

代理人資料表(無者免填)

(依行政程序法第22條規定, 未滿18歲且未婚之未成年者之性騷擾申訴, 應由其法定代理人提出。)

法定代理人 委任代理人 (檢附委任書)

代理人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日 (歲)
	身分證統一編號 (或護照號碼)					
	住(居)所	縣市 村里 路 段巷 弄 號 樓				
	職業	<input type="checkbox"/> 學生(實習生) <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"/> 公務人員 <input type="checkbox"/> 教職人員 <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 神職人員 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他:				
	關係					

Confidential

Taipei Medical University

Sexual Harassment Complaint

(For sexual harassment complaint cases where there are statutory agents and/or agents representing the victims, please complete the statutory agent and agent information form at the back) No.: _____

V i c t i m i n f o r m a t i o n	Name		Sex	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth	(YYYY)/ (MM)/ (DD) (_____ years old)		
	National ID No. (or passport No.)		Tel.		Department of employment or study		Job title	
	Residential address	___ F, No. ___, Aly. ___, Sec./Ln. ___, ___ Rd., ___ Village, ___ City/County						
	Nationality	<input type="checkbox"/> Non-indigenous Taiwanese <input type="checkbox"/> Indigenous Taiwanese <input type="checkbox"/> Mainland Chinese (including citizens of Hong Kong and Macau) <input type="checkbox"/> Without physical or mental disability <input type="checkbox"/> Unknown						
	Physical and mental disability status	<input type="checkbox"/> Hold a physical or mental disability manual or certification <input type="checkbox"/> Suspected of mental or physical disability <input type="checkbox"/> Without mental or physical disability <input type="checkbox"/> Unknown						
	Education level	<input type="checkbox"/> Preschool <input type="checkbox"/> Elementary school <input type="checkbox"/> Junior high school <input type="checkbox"/> Senior high school (vocational high school) <input type="checkbox"/> Junior college <input type="checkbox"/> University <input type="checkbox"/> Graduate school or above <input type="checkbox"/> Illiterate <input type="checkbox"/> Self-taught <input type="checkbox"/> Unknown						
	Occupation	<input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Service industry <input type="checkbox"/> Professional occupation <input type="checkbox"/> Agriculture, forestry, fishery, or animal husbandry <input type="checkbox"/> Mining industry <input type="checkbox"/> Commerce industry <input type="checkbox"/> Government employee <input type="checkbox"/> Teacher <input type="checkbox"/> Soldier <input type="checkbox"/> Policeman <input type="checkbox"/> Clergy <input type="checkbox"/> Homemaker <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Unknown						

F a c t u a l i n f o r m a t i o n o f c o m p l a i n t	Name of the perpetrator	_____ <input type="checkbox"/> Unknown	Perpetrator's department of employment or study	Name of the department: _____ Job title: _____ Tel.: _____ <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unknown
	Relationship between the perpetrator and victim	<input type="checkbox"/> Stranger <input type="checkbox"/> Ex-spouse or ex-boyfriend/ex-girlfriend <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Colleague <input type="checkbox"/> Classmate <input type="checkbox"/> Teacher and student relationship <input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Doctor and patient <input type="checkbox"/> Clergy and laity <input type="checkbox"/> Supervisor and subordinate <input type="checkbox"/> Internet friend <input type="checkbox"/> Neighbor <input type="checkbox"/> Romantic pursuit <input type="checkbox"/> Others		
	Time of the incident	(YYYY)/ (MM)/ (DD) <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. :		
	Location of the incident			
	Description of the incident			

R e l a t e d e v i d e n c e	Appendix 1: Appendix 2: (Leave blank if not applicable)
---	---

Signature or stamp of the victim/statutory agent/agent: _____ **Complaint date:** (YYYY)/ (MM)/ (DD)

(Pursuant to Article 22 of the Administrative Procedure Act, a minor who is unmarried and under the age of 20 shall have their statutory agent file the sexual harassment complaint for them.)

The complaint was filed verbally or via e-mail, and the receiving unit has recorded the complaint in writing and confirmed the record's accuracy by informing the complainant of the content or having the complainant read the record.

Signature or stamp of the complainant (agent): _____

----- Summary of processing status (to be completed by the receiving unit)-----

R e c e i v i n g u n i t	Gender Equality Committee officer		Gender Equality Committee executive secretary		Gender Equality Committee chairman	
	Date and time of receipt	(YYYY)/ (MM)/ (DD) <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. :				

Agent information form (leave blank if not applicable)
(Pursuant to Article 22 of the Administrative Procedure Act, a minor who is unmarried and under the age of 20 shall have their statutory agent file the sexual harassment complaint for them.)

Statutory agent Agent (attach a power of attorney)

Agent information	Name		Sex	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth	(YYYY) / (MM) / (DD) (_____ years old)
	National ID No. (or passport No.)					
	Residential address	___ F, No. ___, Aly. ___, Sec./Ln. ___, ___ Rd., ___ Village, ___ City/County				
	Occupation	<input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Service industry <input type="checkbox"/> Professional occupation <input type="checkbox"/> Agriculture, forestry, fishery, or animal husbandry <input type="checkbox"/> Mining industry <input type="checkbox"/> Commerce industry <input type="checkbox"/> Government employee <input type="checkbox"/> Teacher <input type="checkbox"/> Soldier <input type="checkbox"/> Policeman <input type="checkbox"/> Clergy <input type="checkbox"/> Homemaker <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Other: _____				
	Relationship with the victim					