

職場不法侵害通報單

通報內容	
發生日期：_____ 時間：_____ 發生地點：_____	
申訴者	被申訴者
姓名或特徵：_____	姓名或特徵：_____
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<input type="checkbox"/> 外部人員	<input type="checkbox"/> 外部人員
<input type="checkbox"/> 內部人員（所屬部門/單位：_____）	<input type="checkbox"/> 內部人員（所屬部門/單位：_____）
申訴者及被申訴者關係：	
發生原因及過程（詳細說明申訴事實）：	
（可自行擴充填寫範圍）	
附件： <input type="checkbox"/> 有（相關證明文件） <input type="checkbox"/> 無	
不法侵害類型：	造成傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填下述內容）
<input type="checkbox"/> 肢體暴力 <input type="checkbox"/> 語言暴力	1. 傷害者： <input type="checkbox"/> 申訴者 <input type="checkbox"/> 被申訴者 <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 心理暴力 <input type="checkbox"/> 性騷擾	2. 傷害程度：
<input type="checkbox"/> 其他：	目擊者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填姓名）
申訴人簽章：	
申訴人聯絡電話：	
申訴日期：_____年_____月_____日，時間：_____	
受理人簽章：	

Workplace Unlawful Conduct Reporting Form

Report Details	
Date of Incident: _____ Time: _____ Location: _____	
Complainant	Accused
Name or Description: _____ Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> External Personnel <input type="checkbox"/> Internal Personnel (Department/Unit: _____)	Name or Description: _____ Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> External Personnel <input type="checkbox"/> Internal Personnel (Department/Unit: _____)
Relationship between Complainant and Accused :	
Cause and Process of Incident (Please provide detailed description of the complaint):	
(Additional space for expanding)	
Attachments: <input type="checkbox"/> Yes (relevant supporting documents) <input type="checkbox"/> No	
Type of Unlawful Conduct: <input type="checkbox"/> Physical Violence <input type="checkbox"/> Verbal Abuse <input type="checkbox"/> Psychological Abuse <input type="checkbox"/> Sexual Harassment <input type="checkbox"/> Other: _____	Harm Caused: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (please fill out below) 1. Injured Party: <input type="checkbox"/> Complainant <input type="checkbox"/> Accused <input type="checkbox"/> Other: _____ 2. Severity of Injury: _____ Witnesses: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (please provide names: _____)
Complainant's Signature:	
Complainant's Contact Phone Number:	
Date of Complaint: Year _____, Month _____, Day _____, Time: _____	
Received by Signature:	