

臺北醫學大學疑似職場不法侵害事件通報表

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： ☐ 男 ☐ 女	性別： ☐ 男 ☐ 女
☐ 外部人員	☐ 外部人員
☐ 內部人員（所屬部門/單位：_____）	☐ 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： ☐ 有（相關證明文件） ☐ 無	
不法侵害類型 ^{註1} ：	造成傷害： ☐ 無 ☐ 有（請填下述內容）
☐ 職場暴力 ☐ 就業歧視	1.傷害者： ☐ 申訴者 ☐ 被申訴者 ☐ 其他
☐ 職場霸凌 ☐ 職場性騷擾	2.傷害程度：
☐ 跟蹤騷擾 ☐ 其他：	目擊者： ☐ 無 ☐ 有（請填姓名）
是否接受處理小組調處 ^{註2} ：	
☐ 是 ☐ 否	
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：	
受理日期：_____年_____月_____日，時間：_____	

註1：凡涉及性或性別有關事件者，應另依「臺北醫學大學性別平等工作暨性騷擾防治辦法」及相關規定辦理。

註2：若雙方當事人皆同意調處，得不進入調查。