

## 職場不法侵害事件申訴表

申訴內容				
不法侵害類型	<input type="checkbox"/> 肢體暴力 <input type="checkbox"/> 語言暴力 <input type="checkbox"/> 心理暴力 <input type="checkbox"/> 其他：			
申訴人	姓名		聯絡電話	
	單位		職稱	
發生時間	年      月      日      點      分			
發生地點				
申述內容	（請敘明發生原因及過程，可舉證相關事證）			
傷害	有無造成傷害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填下述內容）		
	受傷害者	（請填姓名）		
	傷害程度			
	目擊者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填姓名）		

流程：申訴人↓人事室受理窗口

申訴人：\_\_\_\_\_ 受理人：\_\_\_\_\_