

雲林縣榮民服務處職場霸凌案件申訴書

(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 或護照號碼		出生年月日	年 月 日 (歲)
	服務單位		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)			
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				

-----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。