

### 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：_____
申訴人	被申訴人
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 checked="" type="checkbox"/> 外部人員
<input type="checkbox"/> 內部人員（所屬部門/單位：_____）	<input checked="" type="checkbox"/> 內部人員（所屬部門/單位：_____）
申訴人及被申訴人關係：_____	發生原因及過程：_____
不法侵害類型： <input type="checkbox"/> 職場暴力 <input type="checkbox"/> 就業歧視 <input type="checkbox"/> 職場霸凌 <input type="checkbox"/> 職場性騷擾 <sup>註</sup> <input type="checkbox"/> 跟蹤騷擾 <sup>註</sup> <input type="checkbox"/> 其他：	造成傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填下述內容） 1. 傷害者： <input type="checkbox"/> 申訴人 <input type="checkbox"/> 被申訴人 <input type="checkbox"/> 其他 2. 傷害程度： 目擊者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填姓名）

通報人：\_\_\_\_\_ 通報日期/時間：\_\_\_\_\_

註：職場性騷擾及跟蹤騷擾事件之通報或處理，分別依性別平等工作法及跟蹤騷擾防制法相關規定辦理。

### 疑似職場不法侵害事件處置表

處置情形	
受理日期：_____ 時間：_____	調查時間：_____
參與調查或處理人員： <input type="checkbox"/> 外部人員（請敘明，如警政人員） <input type="checkbox"/> 內部人員（請敘明，如保全、人資等）	傷害者需醫療處置否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 事發後雙方調處否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
申訴人說明發生經過與不法侵害原因：（請敘明，可舉證相關事證） 被申訴人說明發生經過與不法侵害原因：（請敘明，可舉證相關事證） 目擊者說明發生經過與不法侵害原因：（請敘明，可舉證相關事證） 調查結果：（請敘明，可舉證相關事證）	
申訴人安置情形	被申訴人懲處情形
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 醫療協助 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 同儕輔導 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 休假 <input type="checkbox"/> 法律協助 <input type="checkbox"/> 其他：	外部人員： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 送警法辦 內部人員： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 送警法辦 <input type="checkbox"/> 其他
向申訴人說明事件處理結果否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請註明日期）	
未來改善措施：	

處理者：\_\_\_\_\_ 處理日期/時間：\_\_\_\_\_

審核者：\_\_\_\_\_ 審核日期/時間：\_\_\_\_\_

