

第一產物保險股份有限公司性騷擾申訴書(附表一)

填表日期：中華民國 年 月 日
本案案號：

申訴人員工代號		到職日		職稱	
姓名		出生年月日		性別	
服務單位		行動電話			
通訊地址					
受任人 (請檢附委託書)		與申訴人 之關係		性別	
聯絡電話		身分證字號			
通訊地址					
請申訴人詳實填寫申訴事實與內容	相對人姓名	聯絡電話			
	相對人服務單位	相對人職稱			
	事件發生時間	發生地點			
事件發生時詳細過程 (如不敷輸寫可自行增加空白頁書寫)					
是否有將此事告知同事、主管(如有請盡量詳述過程或提供相關書面往來等佐證資料)	<input type="checkbox"/> 有，曾於 年 月 日 時 分透過 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> line 通訊等方式告知(何人) _____，內容為： <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如下： <hr/> <hr/> <hr/>				
資料確認	證據	(1)	(2)	(3)	
	申訴人簽署		代理人簽署		
如接獲受理單位通知資料不齊者，請於 _____ 日內已書面補正，否則不予受理					

備註：本申訴書所載當事人等相關資料，除有調查必要或基於公共安全之考量外，應與保密。