

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: _____ _____ _____ _____ | | | | |
| 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。