

第一產物保險股份有限公司員工申訴書

NO:

申訴人姓名		申訴日期	年 月 日
申訴人職稱		申訴人部門	
申訴人聯絡電話		E-mail :	
被申訴人姓名		被申訴人部門	
被申訴人職稱		被申訴人電話	

申訴事實及理由：(應載明具體事實與理由暨檢附文件及證據)

申訴人簽名：

調查或處理結果：

調查人員		主管	
------	--	----	--

受理申訴統籌單位：法令遵循室公司治理課
 受理申訴電話：(02) 2391-3271 分機 2168
 受理申訴傳真：(02) 2393-9089
 受理申訴單位地址：(10049) 台北市中正區忠孝東路一段 54 號 10 樓