

第一產物保險股份有限公司職場性騷擾申訴書

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。