（密）

# 職場霸凌申訴案件接獲通報單

| | |
|---|---|
| 機構名稱:財團法人住宅地震保險基金<br>通報時間:　　年　　月　　日　　時　　分 | |
| 接獲申訴日期 | |
| 事件內容概述 | |
| 處理情形 | |

通報單位:

通報人員:

電　　話:　　分機