財團法人住宅地震保險基金職場霸凌申訴書

案號 **（受理單位填寫）**		**申訴日期**	___年___月___日
申訴人姓名		**服務單位/職稱**	
住(居)所地址		**聯絡方式** **（電話、E-mail）**	
被申訴人姓名		**被申訴人單位/職稱**	
與被申訴人關係	□主管 □同事 □下屬 □其他：_____	**是否為最高負責人**	□否 □是 □不確定
事件發生期間	自____年____月 ____日至____年 ____月____日	**發生地點**	
申訴事實內容摘要	請以人、事、時、地、物描述具體言行、頻率及影響。		
相關證據	□訊息/郵件 □錄音/錄影 □工作紀錄 □醫療或諮商資料 □證人 □其他：_____		
證人或可協助調查者	姓名/單位/可聯絡方式（如有）：		
申訴人確認	本人確認上述內容係依目前所知填寫，並同意受理單位於處理本案必要範圍內使用資料。 申訴人：_____(簽章) 代理人(無則免填)：_____(簽章)		

--------處理情形摘要（以下由申訴處理單位填寫）----------

<table>
<tr><td rowspan="2">初次接獲單位</td><td>單位名稱</td><td></td><td>紀錄人
職稱</td><td></td><td>姓名</td><td></td></tr>
<tr><td>接獲申訴
時間</td><td>___年___月___日
___時___分</td><td>被申訴人
職稱</td><td></td><td>姓名</td><td></td></tr>
<tr><td>附註</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="7">紀錄人：　　（簽章）</td></tr>
</table>