

### 職場不法侵害通報表

通報內容	
發生日期：_____ 時間：_____	發生地點：_____
申訴人	被申訴人
姓名或特徵：_____	姓名或特徵：_____
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<input type="checkbox"/> 外部人員	<input type="checkbox"/> 外部人員
<input type="checkbox"/> 內部人員（所屬單位：_____）	<input type="checkbox"/> 內部人員（所屬單位：_____）
受害者及加害者關係：_____	發生原因及過程：_____
不法侵害類型： <input type="checkbox"/> 肢體暴力 <input type="checkbox"/> 語言暴力 <input type="checkbox"/> 心理暴力 <input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 其他：_____	造成傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填下述內容） 1. 傷害者： <input type="checkbox"/> 受害者 <input type="checkbox"/> 加害者 <input type="checkbox"/> 其他_____ 2. 傷害程度：_____ 目擊者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____（請填寫姓名）

通報人：\_\_\_\_\_

通報日期/時間：\_\_\_\_\_

### 職場不法侵害處置表

處置情形	
受理日期：_____ 時間：_____	調查時間：_____
參與調查或處理人員： <input type="checkbox"/> 外部人員（請敘明：_____） <input type="checkbox"/> 內部人員（請敘明：_____）	傷害者是否需醫療處置： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 事發後雙方是否調解： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
受害者說明發生經過與不法侵害原因：_____	
加害者說明發生經過與不法侵害原因：_____	
目擊者說明發生經過與不法侵害原因：_____	
調查結果：_____	
申訴人安置情形	被申訴人懲處情形
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 醫療協助 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 同儕輔導 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 休假 <input type="checkbox"/> 法律協助 <input type="checkbox"/> 其他：_____	外部人員： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 送警法辦 內部人員： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 送警法辦 <input type="checkbox"/> 其他_____
向受害者說明事件處理結果否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請註明日期）	
未來改善措施：_____	

處理者：\_\_\_\_\_

處理日期：\_\_\_\_\_

審查者：\_\_\_\_\_

審查日期：\_\_\_\_\_