

申 訴 人 身 分		<input type="checkbox"/> 被害人本人 <input type="checkbox"/> 被害人法定代理人 <input type="checkbox"/> 被害人委任代理人
兩造資料	申訴人 (申訴人為法定或委任代理人者,本欄請填寫被代理者之資料)	一、姓名: _____ 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 身分證統一編號(或護照號碼): _____ 二、出生年月日: _____ 聯絡電話: _____ 三、國籍別: <input type="checkbox"/> 本國籍非原住民 <input type="checkbox"/> 本國籍原住民 <input type="checkbox"/> 大陸籍(含港澳) <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 其他(含無國籍) 四、身心障礙別: <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳 五、教育程度: <input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳 六、職業: <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公務人員 <input type="checkbox"/> 教職人員 <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 神職人員 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳 七、住(居)所: 縣 鄉市 村 路 段 市 鎮區 里 街 巷 弄 號 樓 八、公文送達(寄送)地址: <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如下: 九、服務或就學單位: _____ 職稱: _____
	被申訴人	一、姓名: _____ 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不詳 身分證統一編號(或護照號碼): _____ 二、出生年月日: _____ <input type="checkbox"/> 不詳 聯絡電話: _____ 三、國籍別: <input type="checkbox"/> 本國籍非原住民 <input type="checkbox"/> 本國籍原住民 <input type="checkbox"/> 大陸籍(含港澳) <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 其他(含無國籍) 四、身心障礙別: <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳 五、教育程度: <input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳 六、職業: <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公務人員 <input type="checkbox"/> 教職人員 <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 神職人員 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳 七、住(居)所: 縣 鄉市 村 路 段 市 鎮區 里 街 巷 弄 號 樓 八、公文送達(寄送)地址: <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如下: 九、服務或就學單位: _____ 職稱: _____
兩造關係	<input type="checkbox"/> 陌生人 <input type="checkbox"/> (前)配偶或男女朋友 <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 同學 <input type="checkbox"/> 師生關係 <input type="checkbox"/> 客戶關係 <input type="checkbox"/> 醫病關係 <input type="checkbox"/> 信(教)徒關係 <input type="checkbox"/> 上司/下屬關係 <input type="checkbox"/> 網友 <input type="checkbox"/> 鄰居 <input type="checkbox"/> 追求關係 <input type="checkbox"/> 其他	
申訴內容	詳所附申訴書	
行為樣態	<input type="checkbox"/> 羞辱、貶抑、敵意或騷擾的言詞或態度(如:開黃腔、緊盯對方胸部、羞辱他人身材或打扮等) <input type="checkbox"/> 跟蹤、尾隨、不受歡迎追求 <input type="checkbox"/> 毛手毛腳、掀裙子 <input type="checkbox"/> 偷窺、偷拍 <input type="checkbox"/> 展示或傳閱色情圖片、影音或騷擾文字 <input type="checkbox"/> 曝露隱私處 <input type="checkbox"/> 趁機親吻、擁抱或觸摸胸、臀或其他身軀隱私部位 <input type="checkbox"/> 其他	
事件發生地點	<input type="checkbox"/> 私人住所 <input type="checkbox"/> 飯店旅館 <input type="checkbox"/> 餐廳 <input type="checkbox"/> 百貨公司、商場、賣場 <input type="checkbox"/> 休閒娛樂場所、KTV <input type="checkbox"/> 宗教場所 <input type="checkbox"/> 夜店 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 校園 <input type="checkbox"/> 補習班 <input type="checkbox"/> 馬路 <input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 大眾運輸系統 <input type="checkbox"/> 計程車 <input type="checkbox"/> 公共廁所 <input type="checkbox"/> 辦公場所 <input type="checkbox"/> 虛擬環境-科技設備(如網際網路、手機簡訊...等) <input type="checkbox"/> 其他	
申訴日期	年 月 日 移送到達日期 年 月 日(無者免填)	
調查過程	一、 年 月 日, 訪談 <input type="checkbox"/> 被害人 <input type="checkbox"/> 加害人 <input type="checkbox"/> 證人 二、 年 月 日, 訪談 <input type="checkbox"/> 被害人 <input type="checkbox"/> 加害人 <input type="checkbox"/> 證人 三、 年 月 日, 訪談 <input type="checkbox"/> 被害人 <input type="checkbox"/> 加害人 <input type="checkbox"/> 證人 (依實際訪談次數、日期及對象填寫,可附歷次訪談紀錄,並可對當事人訪談過程中特殊狀況描述)	
相關證據	一、附件一 二、附件二 三、附件三	

<p>調查人員</p>	<p>一、 二、 三、 (依實際調查人員及人數填寫其姓名)</p>		
<p>調查結果</p>	<p> 申訴人：○○○○○○(代號) 被申訴人： 主文 本案經調查結果，認性騷擾事件 <input type="checkbox"/>成立 <input type="checkbox"/>不成立。 事實及理由 (一)事由 (二)調查事項 (三)認定理由 (四)證據 本案經申訴調查，決議如主文，性騷擾事件成立/不成立。 中 華 民 國 ○ ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 </p>		
<p>調查紀錄 製作日期</p>	<p>年 月 日</p>	<p>調查 單位</p>	