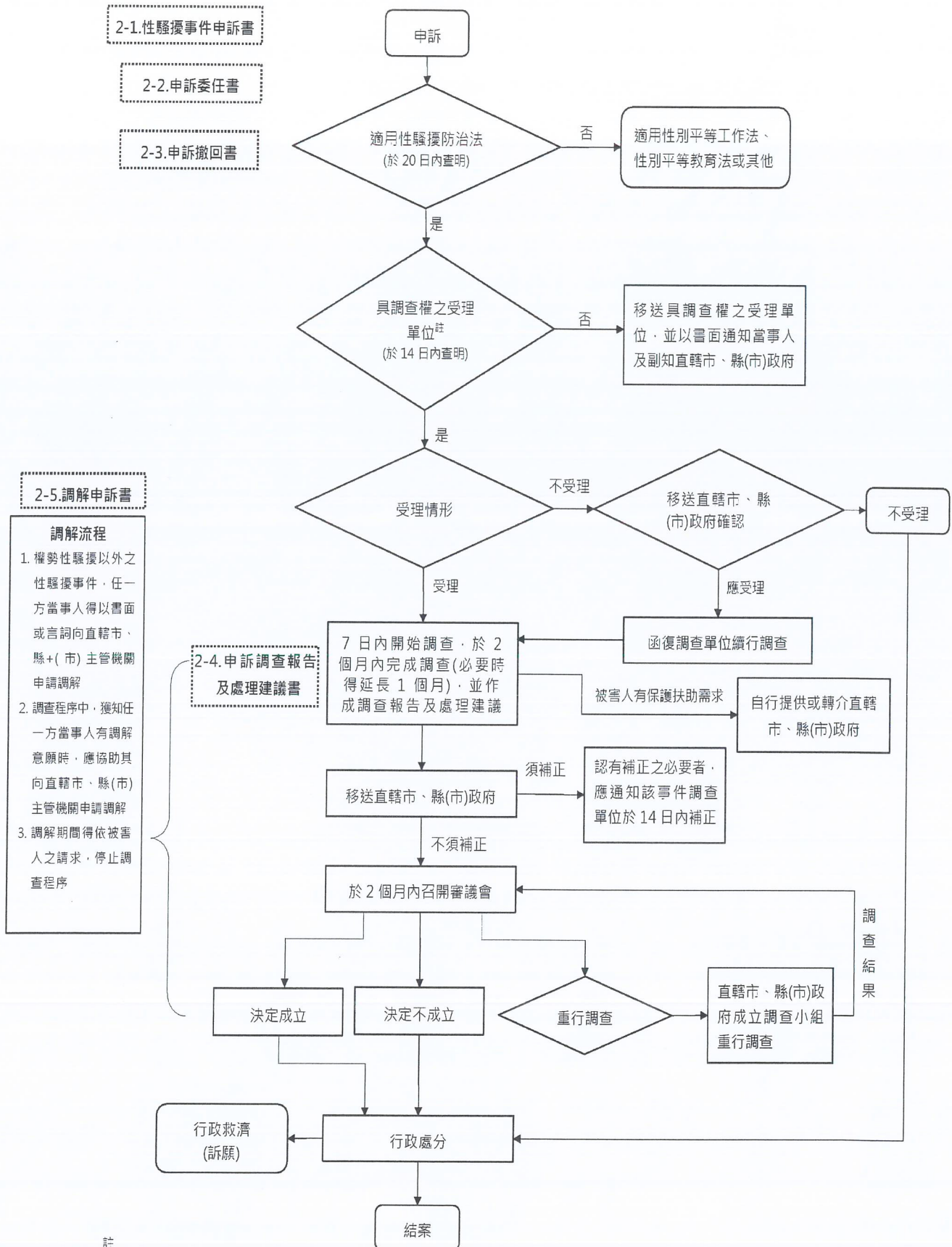


八、性騷擾事件受理申訴、調查處理流程圖（性騷法）



註

依本法第 14 條所定管轄單位為：

1. 行為人有所屬政府機關(構)、部隊、學校者：向申訴時行為人所屬政府機關(構)、部隊、學校提出。
2. 行為人為政府機關(構)首長、各級軍事機關(構)及部隊上校編階以上之主官、學校校長、機構之最高負責人或僱用人：向該政府機關(構)、部隊、學校、機構或僱用人所在地之直轄市、縣(市)主管機關提出。
3. 行為人不明或為前二款以外之人：向性騷擾發生地之警察機關提出。

性騷擾事件申訴書

(有法定代理人、委任代理人者，請另填背面相關資料表，另本表*處為選填) 自 113 年 3 月 8 日起適用

被 害 人 資 料	姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生年月日	年 月 日 (歲)			
	身分證統一編號 (或 護照號碼)		聯絡 電話		服務或就學 單 位		職 稱		
	住 (居) 所	縣 鄉 鎮 村 路 段 市 市 區 里 街 巷	弄 號 樓						
	公文送達 (寄送)地址	<input type="checkbox"/> 同住居所地址 <input type="checkbox"/> 另列如下 (請勿填寫郵政信箱)							
		縣 鄉 鎮 村 路 段 市 市 區 里 街 巷	弄 號 樓						
	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)							
	身心障礙別*	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳							
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								
	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							
申 訴 事 實 內 容	行為人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不 詳	聯絡電話				
	與被害人之關係	<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"/> 客戶關係 <input type="checkbox"/> 師生關係 <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							
	事 件 發 生 時 間	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午		時 分				
	事 件 知 悉 時 間	<input type="checkbox"/> 同事件發生時間 <input type="checkbox"/> 另列如下							
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午		時 分				
事 件 發 生 地 點	<input type="checkbox"/> 私人住所 <input type="checkbox"/> 飯店旅館 <input type="checkbox"/> 百貨公司、商場、賣場 <input type="checkbox"/> 宗教場所 <input type="checkbox"/> 馬路 <input type="checkbox"/> 計程車 <input type="checkbox"/> 大眾運輸 工具 <input type="checkbox"/> 公共廁所 <input type="checkbox"/> 辦公場所 <input type="checkbox"/> 其他公共場所 (<input type="checkbox"/> 餐廳 <input type="checkbox"/> 休閒娛樂場所 (含 KTV) <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"/> 公園) <input type="checkbox"/> 科技設備 <input type="checkbox"/> 健身、運動中心 <input type="checkbox"/> 其他								
事 件 發 生 過 程									

違反性騷擾防治法第 2 5 條 告 訴 意 願	<input type="checkbox"/> 提出告訴 <input type="checkbox"/> 暫不提出告訴
有後續服務需求	<input type="checkbox"/> 有被害人保護扶助需求 <input type="checkbox"/> 無服務需求
相關證據	附件 1： 附件 2：
	(無者免填)
被害人(法定代理人或委任代理人)簽名或蓋章：	
<p style="text-align: right;">申訴日期： 年 月 日</p> <p>(依行政程序法第 22 條規定，未滿 18 歲者之性騷擾申訴，應由其法定代理人提出。)</p>	

法定代理人資料表 (無者免填)

(依行政程序法第 22 條規定，未滿 18 歲者之性騷擾申訴，應由其法定代理人提出。)

法定代理人資料表	姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生年 月 日	年 月 日 (歲)
	身分證統一編號 (或護照號碼)		與被害人 之關係		聯 絡 電 話	
	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				
	住(居)所	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	路 街	段 巷

委任代理人資料表 (無者免填)

委任代理人資料表	姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生年 月 日	年 月 日 (歲)	
	身分證統一編號 (或護照號碼)				聯 絡 電 話		
	住(居)所	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	路 街	段 巷	弄 號 樓
	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					
*檢附委任書							

性騷擾申訴委任書

稱謂	姓名 (或名稱)	性別	出生年月日	身分證統一編號 (或護照號碼)	職業	住居所或居所 (事務所或營業所)
委任人						
委任代理人						

茲因與_____間性騷擾申訴事件，委任_____為代理人，就本事件（詳申訴書）有代為一切申訴行為之代理權，並有／但無（請擇一）撤回或委任複代理人之特別代理權。

此致

○ ○ ○ 機關

委任人： (簽名或蓋章)

委任代理人： (簽名或蓋章)

中華民國_____年_____月_____日