

國立金門大學校園性侵害及性騷擾事件申訴書

編號：

申請日期： 年 月 日

申請人基本資料 (與受害人之關係：)						
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日	身分證字號
服務單位				職稱		聯絡電話
通訊地址						
法定代理人(檢舉人)基本資料(無則免填)-- (與受害人之關係：)						
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日	身分證字號
服務單位				職稱		聯絡電話
通訊地址						
被申訴人之基本資料						
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日	身分證字號
服務單位				職稱		聯絡電話
單位地址						
通訊地址						
申請調查事由 (請盡量詳述事件發生過程)：						

<p>1、有誰知道（或看到）這件事？</p> <p>2、發生什麼事讓你覺得不舒服？</p> <p>3、發生在什麼時間、什麼地點？</p> <p>4、你曾以什麼方式拒絕？</p> <p>5、你能舉出什麼證明？</p> <p>6、你曾向誰提出求援？</p> <p>7、你所求援的人或單位知道後如何處理？</p> <p>8、處理情形哪裡你覺得不滿意嗎？</p> <p>9、你對事件的感覺如何？</p> <p>10、你希望學校如何幫你？</p>	
<p>提供的文件（事證、人證等）</p>	<p>1、學校是否訂定校園性侵害及性騷擾防治規定 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>沒有</p> <p>2、<input type="checkbox"/>錄音帶、錄影帶 3、其他</p>
<p>申請人簽署</p> <p>法定代理人簽署</p> <p>檢舉人簽署</p>	<p>姓名：_____</p> <p>姓名：_____</p> <p>姓名：_____（無者免簽署）</p>
<p>以上紀錄經當場向申訴人<input type="checkbox"/>朗讀<input type="checkbox"/>交付閱覽，申訴人確認無誤。</p> <p>申請人簽名或蓋章：</p> <p>紀錄人簽名或蓋章：_____（此欄申請人以口頭申訴時使用，無者免填）</p>	

承辦人：

- 備註：1. 本申訴書填寫完畢後，「初次接獲單位」應於承辦人用印後影印1份予申訴人留存。
2. 應於三個工作日內將本案件交性別平等教育委員會調查處理。
3. 本申訴書所載當事人相關資料，除有調查之必要或基於公共安全之考量者外，應予保密。