

中國醫藥大學附設醫院 及所屬分院暨合作支援院所

性騷擾防治、申訴及懲戒辦法

規章類別	行政類	編碼	AD-005	生效日期	112 年 07 月 11 日
制訂單位	人事室			適用院區	<input checked="" type="checkbox"/> 總院 <input checked="" type="checkbox"/> 所有 分院 <input checked="" type="checkbox"/> 所有 合作支援院所

制 / 修 訂 紀 錄			
版次	日 期	總頁數	制/修訂說明
1	91.03.15	5	新制訂。
2	95.05.15	5	修訂。
3	98.12.23	8	1. 明定處理、調查、評議性騷擾申訴案件人員之迴避原則。 2. 明定調查小組之評議程序。 3. 明定性騷擾申訴案件之不受理事由。 4. 明定性騷擾申訴案件暫緩調查及評議之事由。 5. 明定申訴案件逾期未完成調查或當事人不服其調查結果之處理程序。 6. 明定當事人之輔導及醫療支援機制。 7. 配合作業需求修訂性騷擾事件申訴書格式。
4	101.10.25	8	1. 修改辦法名稱，原「性騷擾防治措施及懲戒辦法」修改為「性騷擾防治、申訴及懲戒辦法」。 2. 修訂第 1、10、11、16、18、25 條條文。

制 / 修 訂 紀 錄			
版次	日 期	總頁數	制/修訂說明
5	103.08.21	9	1.修訂第 16 條。 2.增補說明再申訴機關。 3.更新性騷擾事件申訴書內容。 4.修訂辦法制定單位為人事室。
6	105.01.01	10	更新性騷擾事件申訴及調查表格。
7	106.09.07	14	1.刪除原附件五至附件十一表格。 2.增訂附件五性騷擾申訴及調查流程圖。
8	107.09.28	14	1.依據本院規章制(修)訂作業準則，增訂第 1 條至第 5 條之條文要旨，及調整第 2 條及第 4 條之順序。 2.修訂附件一申訴書備註欄之申訴專線及電子郵件。
9	108.06.13	14	1.修訂第 1 條，強化本辦法訂定之目的。 2.修訂第 4 條，明定參考規範之條項次依據。 3.修訂第 16 條第 1 款及第 7 款，第 1 款後段規定移列第 17 條第 2 項；刪除第 7 款後段規定。 4.修訂第 17 條第 2 項，明定不受理申訴案件之處理程序。 5.修訂第 21 條，明定適用性騷擾防治法之事件，始得依法向主管機關提出再申訴。 6.修訂第 23 條，刪除後段規定。 7.修訂第 28 條，明定性騷擾事件之當事人均非屬本院所屬從業人員之處理機制。 8.修訂附件五之性騷擾事件申訴及調查處理流程。
10	109.08.24	14	已檢視，辦法內容仍適用。
11	110.04.21.	14	1.修訂封面頁編碼、簽核欄位。 2.已檢視，辦法內容仍適用。

制 / 修 訂 紀 錄					
版次	日 期	總頁數	制/修訂說明		
12	111.06.30	16	1.修訂第 2 條範圍，將編制外於本院之工作者列入適用範圍，並統稱為本院從業人員。 2.原第 5、6 條均屬名詞定義，整併至第 5 條分款說明，並作後續條次變更。 3.增訂第 9 條第 4 項，明定性騷擾案件受理申訴管道，同時修訂附件一，性騷擾申訴書備註欄之申訴管道。 4.增訂第 13 條第 3~5 項，明定被申請迴避人員之權益，及調查小組對於被申請迴避人員之責任及義務。 5.增訂第 15 條第 8 款，明定調查小組對於性騷擾申訴案件之保密義務。 6.增訂第 24 條，明定本院從業人員於職場遭受一般民眾性騷擾事件通報處理流程，同時增訂附件六相關作業流程圖。		
13	112.07.06	16	1.修訂封面頁規章類別、編碼及適用院區。 2.修訂第 1、10、15、20 條及附件一、附件三、附件四之適用院區。 3.修訂第 9 條及附件一之專線電話及專用電子信箱。		
主辦人		主辦單位主管	檢視單位：行政管理室		審核長官
林苡凭		周維康	檢視人員	林光澈	楊麗慧
			主管覆核	張 瑛	
					院長核准
					周德陽

中國醫藥大學附設醫院文件，非經許可不得以任何方式翻製或複印。

中國醫藥大學附設醫院及所屬分院暨合作支援院所 性騷擾防治、申訴及懲戒辦法

第一章 總則

第一條 目的

中國醫藥大學附設醫院及所屬分院暨合作支援院所(以下簡稱本院)為防治性騷擾行為之發生，提供免於性騷擾之工作與服務環境，並落實性騷擾防治管理及保護被害人之權益，以維護性別工作平等及人格尊嚴，特訂定「性騷擾防治、申訴及懲戒辦法」(以下簡稱本辦法)。

第二條 範圍

本辦法適用於本院從業人員(含研究計畫人員、外包人員、實習學生及代訓人員)相互間、本院從業人員與服務對象間、本院從業人員與來訪人員間發生之性騷擾事件。

本院從業人員於工作時間、就業場所外，對不特定人有性別工作平等法及性騷擾防治法所定性騷擾之情形時，經被害人向本院申訴或經警察機關移送時亦適用之。

第三條 權責

本院性騷擾防治申訴調查及懲戒處理，除法令另有規定外，依本辦法之規定行之。

第四條 參考規範

本辦法依性別工作平等法第十三條第一項、性騷擾防治法及其施行細則、工作場所性騷擾防治措施申訴及懲戒辦法訂定準則及本院工作規則等相關規定訂定之。

第五條 名詞定義

一、本辦法所稱性騷擾，係指性侵害犯罪以外，對他人實施違反其意願而與性或性別有關之行為，且有下列情形之一者：

(一)以該他人順服或拒絕該行為，作為其獲得、喪失或減損與工作、教育、訓練、服務、計畫、活動有關權益之條件。

(二)以展示或播送文字、圖畫、聲音、影像或其他物品之方式，或以歧視、侮辱之言行，或以他法，而有損害他人人格尊

嚴，或造成使人心生畏怖、感受敵意或冒犯之情境，或不當影響其工作、教育、訓練、服務、計畫、活動或正常生活之進行。

(三)本院從業人員於執行職務時，任何人以性要求、具有性意味或性別歧視之言詞或行為，對其造成敵意性、脅迫性或冒犯性之工作環境，致侵犯或干擾其人格尊嚴、人身自由或影響其日常生活及工作表現。

(四)以明示或暗示之性要求、具有性意味或性別歧視之言詞或行為，作為勞務契約成立、存續、變更或分發、配置、報酬、考績、升遷、降調、獎懲等之交換條件。

二、本辦法所稱就業場所，係指由本院提供或指派，使員工履行契約、提供勞務或使求職者前來應徵之場所。

第二章 防治措施

第 六 條 單位主管不得利用工作上之權力、機會或方法，對本院從業人員或求職者性騷擾，亦不得縱容他人對本院從業人員或求職者性騷擾。

第 七 條 本院從業人員不得於任何時間或地點對同仁、病人、病人家屬或其他置身就業場所者進行性騷擾。

第 八 條 就業場所有性騷擾情事發生時，單位主管或在場同仁應立即勸阻、糾正或為其他有效之處置措施；未予勸阻、糾正或為其他有效之處置者，以縱容論。

第 九 條 為有效預防性騷擾事件發生，本院各單位應致力改善工作及服務環境設施，以保護本院從業人員免於性騷擾。

教學部每年應舉辦並鼓勵本院從業人員參加性別平權及性騷擾防治之教育講習，以加強本院從業人員有關性騷擾防治措施及申訴管道之宣導。

人事室應設置專線電話、專用信箱或電子信箱，並於本院網頁公告之，以廣納建言；如有性騷擾或疑似事件發生時，應即檢討、改善，並提出防治措施。

本院性騷擾案件受理申訴管道如下：

專線電話：04-22052121 #14450 (事事為您)

專線傳真：04-22031270

專用電子信箱：cmuh.1A90@tool.caaumed.org.tw

第三章 申訴及調查

第十條 本院從業人員、求職者、病人、病人家屬或其他來訪人員，遇有或發現性騷擾事件時，申訴人得於事件發生日後一年內填具「中國醫藥大學附設醫院及所屬分院暨合作支援院所性騷擾事件申訴書」(如附件一)，向人事室受理人提出申訴。

第十一條 前條之申訴，得以書面或言詞提出。其以言詞或電子郵件提出者，受理人應作成書面紀錄，並向申訴人朗讀或使其閱覽，確認內容無誤後，由其簽名或蓋章。

申訴書或紀錄，應載明下列事項：

一、申訴人或其法定代理人、委任代理人之姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號或護照號碼、服務單位及職稱、戶籍及通訊地址、聯絡電話及申訴日期。

二、若為申訴人之委任代理人，應檢附具申訴人簽章之委任書(格式如附件二)，並載明其姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號或護照號碼、服務單位及職稱、戶籍及通訊地址、聯絡電話等。

三、申訴事實發生日期、內容、相關事證或人證。

申訴書或紀錄不合前項規定，而其情形可補正者，受理人應通知申訴人於十四日內補正。

第十二條 本院之性騷擾案件由人事評議委員會(以下稱人評會)籌設「性騷擾申訴調查小組」(以下簡稱調查小組)進行調查，調查小組成員由人評會主任委員遴聘，且其成員之女性代表比例不得低於二分之一，並得視實際需要聘請專家學者擔任調查小組成員。

第十三條 參與性騷擾申訴案件之處理、調查、評議人員，有下列各款情形之一，應自行迴避：

一、本人或其配偶、前配偶、四親等內之血親或三親等內之姻親或曾有此關係者為事件之當事人時。

二、本人或其配偶、前配偶，就該事件與當事人有共同權利人或共

同義務人或償還義務人之關係者。

三、現為或曾為該事件當事人之代理人、輔佐人者。

四、於該事件，曾為證人、鑑定人者。

前項人員應迴避而不自行迴避或有其他具體事實，足認其執行職務有偏頗之虞者，當事人得以書面載明其原因及事實，向調查小組申請迴避。

被申請迴避之調查人員，對於該申請得提出意見書。

被申請迴避之調查人員在調查小組就該申請事件為准駁前，應停止參與申訴案件。

參與申訴案件之處理、調查、評議人員有第一項所定情形不自行迴避，而未經當事人申請迴避者，應由調查小組命其迴避。

第十四條 調查小組為調查及審議性騷擾申訴，得要求相關人員或部門提供資料，該相關人員或部門不得規避、妨礙或拒絕。

第十五條 調查小組應秉持客觀、公正、專業原則處理申訴案件，其評議程序及調查原則如下：

一、接獲性騷擾申訴案件，主任委員應指派三人以上之委員組成調查小組於申訴或移送到達之日起七日內進行調查；必要時，得請求警察機關協助。

二、調查小組調查過程應保護當事人之隱私；必要時，得請當事人或相關人員到會說明或實地進行訪談，在調查結束後，並應作成調查報告書(中國醫藥大學附設醫院及所屬分院暨合作支援院所性騷擾事件申訴調查報告書格式如附件三)，由調查小組委員進行評議。

三、申訴案件之調查應給予雙方當事人充分陳述意見之機會，申訴人於釋明受性騷擾之事實後，被申訴人如否認該事實時，應就該事實不存在，提出說明。

四、申訴案件之評議，應事前通知當事人得到場說明；必要時，並得邀請與案情有關之相關人員或專家、學者列席說明。

五、調查小組會議以不公開為原則，對申訴案件之評議，應作出成立或不成立之決定。決定成立者，應作成懲處及其他適當處理之建議；決定不成立者，仍應審酌評議情形，為必要處理之建議。

- 六、申訴決定應載明理由，以書面通知當事人，並移請相關單位依規定辦理。
- 七、申訴案件應自受理之次日起二個月內結案；必要時，得延長一個月，且以延長一次為限，並應通知當事人。
- 八、處理申訴案件之所有人員，對於當事人之姓名或其他足以辨識身分之資料，除有調查必要或基於公共安全之考量者外，應予保密。

第 十六 條 申訴案件有下列各款情形之一者，不予受理：

- 一、申訴不符第十一條程序規定而無法通知補正，或經通知補正逾期不補正。
 - 二、提出申訴逾申訴期限。
 - 三、申訴人非性騷擾事件之被害人或其法定代理人、委任代理人。
 - 四、同一事由經評議決議確定。
 - 五、經調查小組調查決議，不屬性騷擾範圍之事件，提起申訴。
- 不受理之申訴案件，應由調查小組列案備查，並檢附理由通知當事人。

第 十七 條 有下列情形之一者，調查小組得決議暫緩調查及評議：

- 一、申訴人提出暫緩評議之請求。
- 二、其他有暫緩調查及評議之必要者。
- 三、已進入司法程序之性騷擾申訴案。

第 十八 條 調查及審議過程中應以不公開方式處理申訴案件，參與性騷擾申訴案件之處理、調查、評議之人員，對於知悉之申訴案件內容應予保密，以保護相關當事人隱私及其他人格法益。違反者，主任委員應即終止其參與，並得視其情節輕重提報懲處及追究相關責任。

第 十九 條 當事人對於性騷擾案之決議有異議者，得於書面通知到達之次日起十日內提出申復(如附件四)，其情形包括：

- 一、申訴決議與載明之理由明顯矛盾者。
- 二、調查小組之組織不合法者。
- 三、依法應迴避之人員仍參與調查或決議者。
- 四、參與決議之委員關於該申訴案件違背職務，犯刑事上之罪，經判決確定者。

- 五、證人、鑑定人就為決議基礎之證據、鑑定為虛偽陳述者。
- 六、為決定基礎之證物，係偽造或變造者。
- 七、為決定基礎之民事、刑事或行政訴訟判決或行政處分，依其後之確定裁判或行政處分已變更者。
- 八、發現未經斟酌之證物或得使用該證物者。
- 九、原決議就足以影響決議之重要證物遺漏未斟酌者。

第 二十 條 適用性騷擾防治法之事件，如申訴案件逾期末完成調查或當事人不服其調查結果者，當事人得於期限屆滿或調查結果通知到達之次日起三十日內，向所在地直轄市、縣(市)主管機關提出再申訴，再申訴須填具「中國醫藥大學附設醫院及所屬分院暨合作支援院所性騷擾事件再申訴書」(如附件四)。

第二十一條 申訴人或其代理人於調查小組作成決定前，得以書面撤回其申訴，並於送達調查小組後即予結案備查；其經撤回者，不得就同一事由再為申訴。

第二十二條 調查小組應將申訴案件之處理經過與調查結果作成書面紀錄，密封存檔至少五年。

第二十三條 當事人有輔導、醫療等需要者，調查小組得協助轉介至精神醫學部進行輔導或至相關醫療科部進行治療。

第二十四條 本院從業人員於工作場域遭受一般民眾(如：病人、病人之親友、其他院外人士)性騷擾時，事發當下應通報單位主管(夜間或假日可通報行政輪值主管)視當下狀況請警衛人員或警察至現場協助。事發後當事人應填寫 K01 員工意外事件通報單，由職業安全衛生室進行員工關懷；醫務行政室協助陪同至事件發生地警察機關報案及法律扶助(陪同出庭)；並由人事室列案追蹤至案件調查結束，相關通報處理流程(如附件六)。

第四章 罰則及補救措施

第二十五條 經調查小組確認具有性騷擾之事實者，人事室應視情節輕重對被申訴人執行調職、申誡、記過或降級處分，並予以追蹤、考核及監督，避免再度性騷擾或報復情事發生，或依勞動基準法第十二條第

一項予以終止契約；如該案情事涉及刑責，本院得同時移送司法機關偵辦。

第二十六條 本院不得因從業人員提出性騷擾申訴，而予以終止契約、調職或為其他不利之處置。惟經調查小組證實性騷擾案件為誣告者，本院除了要求申訴人回復被申訴人之名譽外，並視其情節輕重依照工作規則或相關辦法執行懲戒或處理。

第二十七條 單位主管針對性騷擾案件申訴人、被申訴人、相關人員及決議事項均應定期追蹤、輔導、督導，以確保懲戒、補救或相關改善措施有效執行，並避免相同事件或報復情事發生。

第五章 附則

第二十八條 本院受理之申訴案件，其加害人及被害人均非本院所屬從業人員者，除應採取適當之處理外，並應於七日內將申訴書及相關資料移送加害人所屬機關、部隊、學校、機構或雇主。但加害人不明者，應移請事件發生地警察機關調查。

第二十九條 本辦法經院長核准後公告施行；修訂時，亦同。

中國醫藥大學附設醫院(CMUH)及所屬分院暨合作支援院所 性騷擾事件申訴書(紀錄)

(有法定代理人、委任代理人者，請另加填法定代理人、委任代理人資料表)

被害人資料	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 市	鄉鎮 市區	村 里	路 街	段 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)						
	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						
	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	加害人姓名	<input type="checkbox"/> 不詳	服務或就學單位	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳	職稱	聯絡電話：		
	與被申訴人 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						
	事件發生時間	年	月	日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時	分	
	事件發生地點							
	事件發生過程							
申(告)訴意願		<input type="checkbox"/> 提出申訴 <input type="checkbox"/> 暫不提申訴 <input type="checkbox"/> 提出告訴(第 25 條) <input type="checkbox"/> 暫不提告訴(第 25 條)						
相關證據	附件 1：							
	附件 2：	(無者免填)						
申訴人(法定代理人或委任代理人)簽名或蓋章：								
申訴日期： 年 月 日								
以上紀錄經當場向申訴人朗讀或交付閱覽，申訴人認為無誤。								
紀錄人簽名或蓋章：								

-----處理情形摘要(以下申訴人免填，由接獲申訴單位自填)-----

初次接獲單位	單位名稱		接案人員		職稱	
	聯絡電話		接獲申訴時間	年	月	日
處理或移	<input type="checkbox"/> 1.本單位即為加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人，如有資料不齊者，請申訴人於14日內補正資料，否則不予受理。					
	<input type="checkbox"/> 2.本單位為警察機關，已就性騷擾申訴事件詳予記錄。處理情形如下： <input type="checkbox"/> 2-1 因已知悉加害人有所屬機關、部隊、學校、機構、僱用人，將即移請其所屬機關、部隊、學校、					

送 流 程 摘 要	<p>機構或僱用人續為調查，並副知該管直轄市、縣（市）主管機關及申訴人。</p> <p><input type="checkbox"/>2-2 因加害人不明，將即行調查。</p> <p><input type="checkbox"/>2-3 因不知加害人有無所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人，將即行調查。</p> <p><input type="checkbox"/> 3.本單位為直轄市、縣（市）主管機關：</p> <p><input type="checkbox"/>B-1 知加害人有所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人者：直轄市、縣（市）主管機關於7日內將上開資料移請加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人處理，跨轄者並副知該地直轄市、縣（市）主管機關。</p> <p><input type="checkbox"/>B-2 加害人不明或不知有無所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人者：直轄市、縣（市）主管機關於7日內將上開資料移請事件發生地警察機關處理。</p> <p><input type="checkbox"/> 4.本單位非以上單位，將於7日內將本申訴書及相關資料移送本地直轄市、縣（市）主管機關處理。</p> <p><input type="checkbox"/> 5.本事件係屬性騷擾防治法第2條，申訴人現暫不提申訴，已告知申訴人可依性騷擾防治法第13條於性騷擾事件發生後一年內，向加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人或直轄市、縣(市)主管機關提出申訴。</p> <p><input type="checkbox"/> 6.本案係屬性騷擾防治法第25條：</p> <p><input type="checkbox"/>6-1 申訴人現暫不提申訴，已告知申訴人可依性騷擾防治法第13條於性騷擾事件發生後一年內，向加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人或直轄市、縣(市)主管機關提出申訴。</p> <p><input type="checkbox"/>6-2 申訴人現暫不提告訴，已告知申訴人可依刑事訴訟法第237條，應自得為告訴之人知悉犯人之時起，於6個月內提起告訴。</p>
	<p>上情經當場告知申訴人或交付閱覽，申訴人認為無誤。</p> <p>申訴人(法定代理人或委任代理人)簽名或蓋章：</p>

備註：1.本申訴書填寫完畢後，「初次接獲單位」應影印1份予申訴人留存。
2.提出申訴書者，將標題之「紀錄」2字及「紀錄人簽名或蓋章」欄刪除。
3.機關、部隊、學校、機構或僱用人，應於申訴或移送到達之日起7日內開始調查，並應於2個月內調查完成；必要時，得延長1個月，並應通知當事人。
4.本申訴書（紀錄）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。
5.本院性騷擾申訴專線電話：(04)22052121 分機 14450(事事為您)，專用電子信箱：
cmuh.1A90@tool.caaumed.org.tw。

法定代理人資料表(未滿20歲且未婚之未成年者之性騷擾申訴，應由其法定代理人提出。)

法 定 代 理 人 資 料	姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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 鄉 鎮 村 路 段	市 市 區 里 街 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				
	關 係					

委任代理人資料表(無者免填)

委 任 代 理 人	姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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 鄉 鎮 村 路 段	市 市 區 里 街 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				

中國醫藥大學附設醫院版權所有，非經許可，翻印必究

性騷擾申訴（再申訴）委任書

案	號	年 度 字第 號				
稱 謂	姓 名 (或名稱)	性 別	出 生 年 月 日	國 民 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（再申訴）事件，委任 為代理人，就本事件有代為一切（再）申訴行為之代理權，並有撤回或委任複代理人之特別代理權。

此致

中國醫藥大學附設醫院

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

21×29.7cm

112.07

PA-A9072A

中國醫藥大學附設醫院(CMUH)及所屬分院暨合作支援院所

○○○性騷擾事件申訴調查報告書

(雇主及警察函給主管機關時使用。主管機關在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣(市)為縣(市)政府。)

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，本欄請填寫被代理人之資料)	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、臀或其他身體隱私部位 <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		

	中華民國〇〇〇年〇〇月〇〇日		
調查紀錄 製作日期	年 月 日	調查 單位	

21×29.7cm

112.07

PA-A9072B

中國醫藥大學附設醫院版權所有，非經許可，翻印必究

中國醫藥大學附設醫院(CMUH)及所屬分院暨合作支援院所

性騷擾事件再申訴書(紀錄)

(有法定代理人、委任代理人者，請另加填法定代理人、委任代理人資料表)

再申訴人身分		<input type="checkbox"/> 原申訴人 <input type="checkbox"/> 原被申訴人		<input type="checkbox"/> 原申訴人法定代理人 <input type="checkbox"/> 原被申訴人法定代理人		<input type="checkbox"/> 原申訴人委任代理人 <input type="checkbox"/> 原被申訴人委任代理人	
再申訴人資料 (再申訴人為法定或委任代理人者，請填寫被代理人之資料)	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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)					
	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					
	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					
再申訴事實內容	對造姓名	<input type="checkbox"/> 不詳		對造服務或就學單位	<input type="checkbox"/> 職稱： 聯絡電話： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
	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					
	事件發生時間	年 月 日		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分			
	事件發生地點						
	事件發生過程	本案前於○年○月○日由○○(部、署、局、處、行、部隊、校、事務所、公司...)完成性騷擾申訴調查，經： <input type="checkbox"/> 處理結果為不受理(詳所附性騷擾申訴不受理通知書)。 <input type="checkbox"/> 調查結果為不成立(詳所附性騷擾事件不成立通知書)。 <input type="checkbox"/> 調查結果為成立(詳所附性騷擾事件成立通知書)。 <input type="checkbox"/> 其他： 爰向貴單位提再申訴。此致 ○○○政府(地址：○○○；電話：○○○；傳真：○○○)					
相關證據	附件 1： 附件 2： <div style="text-align: right;">(無者免填)</div>						
再申訴人簽名或蓋章：				再申訴日期： 年 月 日			
以上紀錄經當場向再申訴人朗讀或交付閱覽，再申訴人認為無誤。 <div style="text-align: right;">紀錄人簽名或蓋章：</div>							

備註：1.本再申訴書填寫完畢後，應影印1份予再申訴人留存。

- 2.提出再申訴書者，將標題之「紀錄」2字及「紀錄人簽名或蓋章」欄刪除。
- 3.直轄市、縣（市）主管機關應於受理再申訴日起7日內組成調查小組，並應於2個月內調查完成；必要時，得延長1個月，並應通知當事人。
- 4.本再申訴書（紀錄）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。

法定代理人資料表(未滿20歲且未婚之未成年者之性騷擾申訴，應由其法定代理人提出。)

法定代理人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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				

委任代理人資料表(無者免填)

委任代理人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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					

21×29.7cm

112.07

PA-A9072C

本院性騷擾事件申訴及調查處理流程



