

附表五

高雄醫學大學職場不法侵害事件通報/申訴單

1. 發生日期：_____
 2. 發生時間：_____
 3. 具體位置：_____
 4. 目擊者：_____ 職號：_____
 5. 當事者：_____ 職號：_____
 6. 當事人者身分別：本校工作者 校外人員 其他_____
 7. 疑似行為人 性別：男 女
 8. 疑似行為人 姓名或特徵：_____
 9. 當事人所屬單位：_____
 10. 疑似行為人 本校工作者，所屬單位/職稱 _____ 校外人員
 11. 雙方關係：_____
 12. 暴力類型：
肢體暴力(如：毆打、抓傷、拳打、腳踢等)。
心理暴力(如：威脅、恐嚇、歧視、排擠等)。
語言暴力(如：辱罵、言語騷擾、冷嘲熱諷等)。
性騷擾、性侵害、性霸凌、跟蹤騷擾。
其他_____
 13. 發生原因：_____
 14. 詳細說明：_____
 15. 造成傷害：有 無
 16. 受傷人員：無 疑似行為人 當事人 其他_____
 17. 事件處理：警察部門 保安人員 醫療人員 自行協調
其他_____
 18. 疑似行為人處置：無 自行離開 警方逮捕 其他_____
- 通報/申訴當事人：_____ (請簽名或蓋章)
- 通報/申訴日期：_____

受理單位/人員：

日期：