

中國醫藥大學校園性侵害性騷擾或性霸凌事件申訴表

申訴日期： 年 月 日

案件類型	<input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 性侵害 <input type="checkbox"/> 性霸凌	申訴方式 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 其他_____					
	<input type="checkbox"/> 檢舉人 <input type="checkbox"/> 被害人 <input type="checkbox"/> 法定代理人	檢舉人姓名：_____ 聯絡方式：_____ 與被害人關係：_____					
被行為人 (被害人)	姓名	性別	身份		<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 工友 <input type="checkbox"/> 其他_____	系級或單位	
	身分證字號	聯絡地址			聯絡電話		
行為人 (加害人)	姓名	性別	身份		<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 工友 <input type="checkbox"/> 其他_____	系級或單位	
	身分證字號	聯絡地址			聯絡電話		
	與被害人關係	一、 <input type="checkbox"/> 不認識：特徵(體型、膚色、口音等)_____ 二、 <input type="checkbox"/> 認識： <input type="checkbox"/> 同學關係 <input type="checkbox"/> 親屬關係 _____ <input type="checkbox"/> 師生關係 <input type="checkbox"/> 上司部屬關係 <input type="checkbox"/> 朋友關係(<input type="checkbox"/> 普通朋友 <input type="checkbox"/> 親密朋友) <input type="checkbox"/> 同事關係 <input type="checkbox"/> 其他_____					
事件經過	(發生時間、地點、過程...)						
相關證據							
希望的處理方式	〈對處理的期待、要求與協助，如：協調、協同就醫、法律扶助、心理復建……〉						
收件人簽章	收件人：_____ 收件日期：_____		檢舉人簽章		檢舉人：_____ 送件日期：_____		
性別平等教育委員會意見		受理單位簽章			校長簽章		