

## 景文科技大學職場暴力侵害通報表

通報內容	
發生日期：_____時間：_____	發生地點：_____
受害者	加害者
姓名或特徵：  性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  <input type="checkbox"/> 外部人員  <input type="checkbox"/> 內部人員（所屬部門/單位：_____）	姓名或特徵：  性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  <input type="checkbox"/> 外部人員  <input type="checkbox"/> 內部人員（所屬部門/單位：_____）
受害者及加害者關係：	發生原因及過程：
不法侵害類型：  <input type="checkbox"/> 肢體暴力 <input type="checkbox"/> 語言暴力  <input type="checkbox"/> 心理暴力 <input type="checkbox"/> 性騷擾  <input type="checkbox"/> 其他：_____	造成傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填下述內容）  1. 傷害者： <input type="checkbox"/> 受害者 <input type="checkbox"/> 加害者 <input type="checkbox"/> 其他_____  2. 傷害程度：_____  目擊者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填姓名_____）

申訴人：

申訴日期/時間：

通報人：

通報日期/時間：

受理單位：  
（人事室）

受理日期/時間：

秘書室：

校長：