

中華民國帆船協會職場不法侵害通報表

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：_____	姓名或特徵：_____
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<input type="checkbox"/> 外部人員	<input type="checkbox"/> 外部人員
<input type="checkbox"/> 內部人員（所屬部門/單位：_____）	<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"/> 肢體不法侵害 <input type="checkbox"/> 語言不法侵害 <input type="checkbox"/> 心理不法侵害 <input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 跟蹤騷擾 <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）_____

通報人：_____ 通報日期/時間：_____

中華民國帆船協會職場不法侵害處置表

處置情形	
受理日期：_____ 時間：_____	調查時間：_____
參與調查或處理人員： <input type="checkbox"/> 外部人員（請敘明，如警政人員） <input type="checkbox"/> 內部人員（請敘明，如保全、人資等）	傷害者需醫療處置否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 事發後雙方調解否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
受害者說明發生經過與不法侵害原因：（請敘明，可舉證相關事證）_____	
加害者說明發生經過與不法侵害原因：（請敘明，可舉證相關事證）_____	
目擊者說明發生經過與不法侵害原因：（請敘明，可舉證相關事證）_____	
調查結果：（請敘明，可舉證相關事證）_____	
受害者安置情形 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 醫療協助 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 同儕輔導 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 休假 <input type="checkbox"/> 法律協助 <input type="checkbox"/> 其他：_____	加害者懲處情形 外部人員： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 送警法辦 內部人員： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 送警法辦 <input type="checkbox"/> 其他_____
向受害者說明事件處理結果否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請註明日期）	
未來改善措施： _____	

處理者：_____ 處理日期/時間：_____

審核者：_____ 審核日期/時間：_____