

臺中榮民總醫院執行業務之性騷擾事件申復書

(有法定代理人、委任代理人者，請另填背面法定代理人、委任代理人資料表)

申 復 人 資 料	姓 名		性別		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)						
申 復 事 實 內 容	函 覆 機 關	原發文	日期 字號	年	月	日	字第	號
	申 訴 函 復 要 旨							
	申 復 事 實							
	相關事證或人證							
附 件	<input type="checkbox"/> 原申訴書影本		<input type="checkbox"/> 申訴決定書影本		<input type="checkbox"/>			
申復人 (法定代理人或委任代理人) 簽名或蓋章：								
申訴日期： 年 月 日 (依行政程序法第 22 條規定，未滿 18 歲且未婚之未成年者性騷擾申訴，應由其法定代理人提出。)								
中華民國 年 月 日								

法定代理人資料表(依行政程序法第 22 條規定,未滿 18 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		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					
	關係						

委任代理人資料表(無者免填)

委任代理人資料	姓名		性別		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						

