

臺南市政府勞工局暨所屬機關職員執行職務遭受不法侵害通報表

案件通報日期：_____年_____月_____日

發生日期及時間：_____

地點：_____

通報人姓名：_____

聯絡方式：_____

被侵害人及被投訴人關係：	
被侵害人	被投訴人
姓名：_____	姓名：_____
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
(所屬單位：_____)	<input type="checkbox"/> 外部人員
	<input type="checkbox"/> 內部人員 (所屬單位：_____)
不法侵害類型：	造成傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (請填下述內容)
<input type="checkbox"/> 肢體暴力 <input type="checkbox"/> 心理暴力	1. 造成傷害說明_____
<input type="checkbox"/> 語言暴力 <input type="checkbox"/> 其它：_____	2. 傷害程度：_____
	3. 目擊者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ (請填姓名)
發生原因及過程：	

備註：

- 一、職員於知悉或遭遇職場暴力事件，得向所屬主管或各該人事室(兼任人事)通報，若發生重大人身安全侵害得通知警衛或向警察單位報案，並由所屬主管或各該人事室(兼任人事)協助受害之職員安置、就醫或諮商輔導安排。
- 二、職員得於事件知悉或遭遇職場暴力事件後 30 日內填具本表，送所屬主管或各該人事室(兼任人事)收受後，由各該人事室(兼任人事)辦理後續處置措施。
- 三、本表各欄如不敷使用，得自行接續使用。

通報人或被侵害人：_____ (簽章)

人事室(兼任人事)：_____

收件日期： 年 月 日