

元智大學校園性侵害、性騷擾或性霸凌事件調查申請書 **密件**

Confidential

Yuan Ze University Sexual Assault, Sexual Harassment, and Sexual Bullying on Campus **Investigation Application Form**

類別	<input type="checkbox"/> 性侵害事件(Sexual Assault) <input type="checkbox"/> 性騷擾事件(Sexual Harassment) <input type="checkbox"/> 性霸凌事件(Sexual Bullying)							
	申請人 Information	<input type="checkbox"/> 被害人(Victim)		<input type="checkbox"/> 檢舉人(Third-Party Reporter) <input type="checkbox"/> 法定代理人(Legal Representative) <input type="checkbox"/> 委任代理人(Designated Representative)		與被害人之關係: _____ (Relationship to the victim)		
		姓名 Name	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生年月日 Date of Birth	Yr.年	Mon.月	Date 日 (Age 歲)
身分證統一編號(或護照號碼) (Passport Number)	聯絡電話 Phone Number	服務或就學單位 Major, Student ID(or Service Dept.)	職稱 position					
住(居)所 Address								
事件 Information on Grievance	行為人姓名(加害人) Name of offender	<input type="checkbox"/> 不詳 Unknown	行為人服務或就學單位 Organization or school of offender	<input type="checkbox"/> 無 None <input type="checkbox"/> 不詳 Unknown	職稱 Title: _____ 聯絡電話 Phone: _____ 手機 Mobile phone: _____			
	<input type="checkbox"/> 曾於 ever <input type="checkbox"/> 不曾 never Yr.年 Mon.月 Date 日 by 以 <input type="checkbox"/> 口頭 oral <input type="checkbox"/> 電話 phone <input type="checkbox"/> 傳真 fax <input type="checkbox"/> 電子郵件 email <input type="checkbox"/> 其他方式 other method, 向 to _____ 提出 raise <input type="checkbox"/> 調查申請 apply an investigation <input type="checkbox"/> 報案 report the case to the police <input type="checkbox"/> 訴訟陳情 statement.							
	事件發生時間 Time of Incident	Yr.年	Mon.月	Date 日	<input type="checkbox"/> A.M.上午 <input type="checkbox"/> P.M.下午	Hr.時	Min.分	
事件發生地點 Place of Incident								
事件發生過程 Brief Description of Incident								
請求事項 Request	Applicant's expects and requirements 申請人對處理的期待與要求							
Witnesses or Evidence	物證 Physical Evidence: _____ (無者免填 Skip if not applicable)							
	證人 Witness (姓名 Name、聯絡方式 Contact Information、與被害人關係 Relationship to the victim)							
申請人(法定代理人或委任代理人)簽名: Signature of Victim (Legal or Designated Representative): 申請日期: 年 月 日 Date of Grievance (year/month/date):								
記錄人簽名 Recording Secretary Signature: 記錄日期 Date of Recording (year/month/date):								
註 1.本欄專為申請人以言詞申請,受理人代為記錄時填寫,已有書面資料時本欄免填。 註 2.記錄後,經向申請人朗讀或使其閱覽,確認其內容無誤後,申請人、記錄人分別簽名蓋章。 Note 1: This part should be completed when the application is made verbally by the victim and documented by a recording secretary. Omit this column when a written document/application is available. Note 2: After confirmation of the content with the victim by the recording secretary, both should sign in the designated spaces.								

請依騎縫線折入黏貼

請依騎縫線折入黏貼

(背面)

-----處理情形摘要 (以下申請人免填, 由接獲申請單位自填) -----

Description of Processing (For Authorized Staff Only)

受理單位 Unit in charge of Grievance	Name of unit 單位名稱		Name of Staff 受理人員		Position 職稱	
	Phone number 聯絡電話		Date/Time of Handling 接獲申訴時間	Year 年	Month 月	Date 日
Note: 1. After filling this application form, "initial handling unit" should give one copy to the victim for his or her own records. 2. The victim should ignore the word "Record" on the heading and the part titled "Recording Secretary Signature." 3. The information of both parties on this application form (record) must be kept confidential, unless investigational or public safety reasons requires otherwise. 備註: 1.本申訴書填寫完畢後,「初次接獲單位」應影印1份予申訴人留存。 2.提出申訴書者,將標題之「紀錄」2字及「紀錄人簽名或蓋章」欄刪除。 3.本申訴書(紀錄)所載當事人相關資料,除有調查之必要或基於公共安全之考量者外,應予保密。						