

## 五、中國醫藥大學校園性侵害性騷擾或性霸凌事件申訴表

申訴日期：      年      月      日

案件類型	<input type="checkbox"/> 性騷擾	申訴方式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 其他_____					
	<input type="checkbox"/> 性侵害		<input type="checkbox"/> 申請人	<input type="checkbox"/> 檢舉人      檢舉人姓名：_____				
<input type="checkbox"/> 性霸凌	<input type="checkbox"/> 法定代理人      聯絡方式：_____					<input type="checkbox"/> 與被害人關係：_____		
申請人 (被害人)	姓名	性別	身 份	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 工友 <input type="checkbox"/> 其他_____			系級或 單位	
	身分證字號	聯絡地址			聯絡電話			
被申請人 (加害人)	姓名	性別	身 份	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 職員 <input type="checkbox"/> 工友 <input type="checkbox"/> 其他_____			系級或 單位	
	身分證字號	聯絡地址			聯絡電話			
	與申請人 關係	一、 <input type="checkbox"/> 不認識：特徵(體型、膚色、口音等)_____						
二、 <input type="checkbox"/> 認識： <input type="checkbox"/> 同學關係 <input type="checkbox"/> 親屬關係   _____ <input type="checkbox"/> 師生關係 <input type="checkbox"/> 上司部屬關係 <input type="checkbox"/> 朋友關係( <input type="checkbox"/> 普通朋友 <input type="checkbox"/> 親密朋友 ) <input type="checkbox"/> 同事關係 <input type="checkbox"/> 其他_____								
事件經過	(發生時間、地點、過程...)							
相關證據								
希望的處理方式	〈對處理的期待、要求與協助，如：協調、協同就醫、法律扶助、心理復建……〉							
申請人/委任代理人/檢舉人簽章				請簽章：_____				
				送件日期：_____				
收件單位				性別平等教育委員會收件核章				
收件人：_____				收件日期：_____				
收件日期：_____								

本申訴表填妥完成後，相關程序與法條說明：

◆依據性平教育法第 29 條學校接獲調查申請或檢舉時，應於二十日內以書面通知申請人或檢舉人是否受理。並依據同法第 30 條規定學校接獲申請或檢舉後，除有前條第二項所定事由外，應於三日內交由所設之性別平等教育委員會調查處理。學校或主管機關之性別平等教育委員會處理前項事件時，得成立調查小組調查之。第 31 條學校或主管機關性別平等教育委員會應於受理申請或檢舉後二個月內完成調查。必要時，得延長之，延長以二次為限，每次不得逾一個月，並應通知申請人、檢舉人及行為人。