

高雄市大榮中學校園性別事件申請/檢舉調查表

最速件(收件後 3 日內移送性別平等教育委員會)

事件類別	<input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 性侵害 <input type="checkbox"/> 性霸凌 <input type="checkbox"/> 其他_____					
申請人/檢舉人	身份	<input type="checkbox"/> 疑似被害人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 檢舉人	與疑似被害人 關係	身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	姓名		學校班級/ 服務單位	身分/ 職稱		
	性別		身分證字號	生日	年 月 日	
	地址					
疑似被害人 (申請人與疑似 被害人為同一人 時此欄免填)	姓名		身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	與被申請調查人 關係	
	性別		學校班級/ 服務單位	身分/ 職稱		
	聯絡 電話		身分證字號	生日	年 月 日	
	聯絡 地址					
被申請調查人 /被檢舉調查人 (請依目前所得 資訊填寫)	姓名		身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	與疑似被害人 關係	
	性別		學校班級/ 服務單位	身分/ 職稱		
	聯絡 電話		身分證字號	生日	年 月 日	
	聯絡 地址					
事實內容	事發時間/地點					
	相關事證/人證 (請條列附件, 並檢附之; 無者免填)					
	事件發生過程					
請求事項	對事件處理之期待與要求					
申請人/檢舉人簽名		時間	年	月	日	

----- 處理情形摘要 (以下申請人/檢舉人免填, 由收件單位填寫) -----

收件單位	單位名稱		收件人姓名		職稱	
	聯絡電話		接獲申請或檢舉調查時間	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時 分

承辦人

性平會
執行秘書

性平會
主任委員

備註	<ol style="list-style-type: none">1. 本申請書填寫完畢後, 「收件單位」應影印 1 份申請書交予申請人留存。2. 若委任代理人提出申請調查時, 須檢附委任書。3. 收件後, 於二十日內以書面通知申請人或檢舉人是否受理。不受理之書面通知應敘明理由, 並告知申請人或檢舉人申復之期限及受理單位。4. 本申請/檢舉調查書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; 負保密義務者洩密時, 應依性別平等教育法或其他相關法規處罰。5. 申請/檢舉調查事項倘有刑法、性騷擾防治法第二十五條或其他相關法規之適用, 收件人員應告知疑似被害人其刑事及民事權益。
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------