

淡江大學執行職務(疑似)遭受不法侵害通報表

通報人： 是否為提案者： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	通報時間： 年 月 日 時 分
通報內容	
發生日期： 年 月 日 時 分	發生地點：
不法侵害類型： <input type="checkbox"/> 肢體暴力 <input type="checkbox"/> 語言暴力 <input type="checkbox"/> 心理暴力 <input type="checkbox"/> 其他：	肢體傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1. 傷害者： <input type="checkbox"/> 提案者 <input type="checkbox"/> (疑似) 行為人 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 2. 傷害程度： 目擊者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____
提案者	(疑似)行為人
姓名或特徵： 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不分 <input type="checkbox"/> 外部人員 <input type="checkbox"/> 內部人員 (單位/系所：_____)	姓名或特徵： 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不分 <input type="checkbox"/> 外部人員 <input type="checkbox"/> 內部人員 (單位/系所：_____)
提案者及(疑似)行為人關係：	
提案者是否申請案件申訴： <input type="checkbox"/> 是 _____ (案件編號) <input type="checkbox"/> 否 對於上述之法規及本校不法侵害相關權益是否已知悉： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 簽名：	

此致 淡江大學環境保護及安全衛生中心

承辦人：

完成日期/時間：

※備註：

- 一、肢體暴力(如：毆打、抓傷、拳打、腳踢等)。
- 心理暴力(如：威脅、欺凌、騷擾、辱罵等)。
- 語言暴力(如：霸凌、恐嚇、干擾、歧視等)。
- 性平事件(如：性侵害、性騷擾、性霸凌等)。
- 二、為保障當事人隱私及權益，此表傳簽皆須密封，宜由承辦人親自簽收。