

執行職務遭受不法侵害事件通報/申訴單

發生日期：	年	月	日	時	分
發生地點：					
通報人：			所屬單位：		
目擊者：			所屬機關：		
當事人(疑似被害人)：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 所屬單位：_____ 是否受傷： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
行為人(疑似加害人)：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 所屬單位：_____ 是否受傷： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
雙方關係：					
暴力類型： <input type="checkbox"/> 肢體暴力 <input type="checkbox"/> 心理暴力 <input type="checkbox"/> 語言暴力 <input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 其他					
發生原因：					
事件處理： <input type="checkbox"/> 警察單位 <input type="checkbox"/> 校安人員 <input type="checkbox"/> 醫療人員 <input type="checkbox"/> 自行協調 <input type="checkbox"/> 其他_____					
行為人(疑似加害人)處置： <input type="checkbox"/> 自行離開 <input type="checkbox"/> 警方逮捕 <input type="checkbox"/> 其他_____					
填表人：_____ 填表日期：_____					
調查人員：_____					
審核日期：_____					