**中國醫藥大學附設醫院及所屬分院暨合作支援院所**

**性騷擾申訴案件撤回申請書**

申訴案號： 申請日期：中華民國　 　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性　別 | □男 □女 | 出生年月日 | 年　　月　　日 |
| 身分證編號或護照號碼 | |  | 住居所  地　址 |  | | |
| 公文送達  (寄送)地址 | □同住居所地址  □另列如下 | | |
| 申訴日期 | | 申訴日期中華民國　　 　年　　　月　　　日 | | | | |
| 聯絡電話 | | (手機) (住家) | | | | |
| 撤回原因 (請簡述) | |  | | | | |
| 說　　明 | | 1.本撤回書送達申訴受理機關後，申訴調查程序即予終止；惟機關仍須依性別平等工作法有關「非因接獲申訴而知悉性騷擾事件時」之各項防治義務，採取立即有效之糾正及補救措施。  2.申訴經撤回者，不得就同一事由再為申訴。  3.本撤回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。 | | | | |
| 本人(申訴人)已瞭解上開說明內容，欲撤回於 年 月 日申訴  ＿＿＿＿＿＿＿(被申訴人姓名)之性騷擾申訴事件，請終止本案件之所有調查行動，特此聲明。  　　　　　　　　本人簽名：  日期：　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 附 件 | 檢附原申訴書影本 | | | | | |
| **※申訴人如未成年，請填具以下法定代理人資料，並由法定代理人簽名**  法定代理人簽名：  國民身分證統一編號：  與申訴人關係： | | | | | | |

21×29.7cm 114.06 PA-A9072D