

有限責任新北市全人長照服務勞動合作社
附設新北市私立全人居家長照機構申訴案件申訴書

案號：_____

申訴日期： 年 月 日

申訴人姓名		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	身分證號碼	
出生日期	年 月 日	婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 喪偶		
服務單位及職稱		子女人數	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有，_____人		
聯絡電話	(公) _____ (宅) _____ (其他) _____	安全的聯絡方式			
居住地址					
被申訴人	<input type="radio"/> 本機構員工_____單位_____ <input type="radio"/> 非機構人員_____			性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
發生時間	年 月 日至 年 月 日		發生地點		
相關事證或人證					
申訴事實及內容					
備註					
申訴結果	部門主管	執行長	理事主席		
<input type="radio"/> 受理 <input type="radio"/> 不受理	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> 不成立				
處理結果					

同意書

因本機構在執行業務的過程中，需要在面談時錄音及錄影，以資存證，或作為日後調查之依據，因此需要你/妳的配合並簽名同意。

本人_____ (姓名) 同意貴委員會處理案件中，在面談時可以錄音、錄影。

簽名或蓋章：_____