

# 臺銀人壽保險股份有限公司性騷擾事件申訴表

申訴日期：     年     月     日

申訴人姓名	服務單位	職稱	性別	身分證統一編號	出生年月日
住居所	住所：			聯絡 電話	O：
	居所				H：
事實發生、日期、 內容					
相關事證或人證					
請求事項					
(法定)代理人 (附委任書)	姓名：		身分證統一編號：		
	住居所：		聯絡電話：		
注意事項	性騷擾事件請填妥資料向本公司性騷擾申訴評議委員會申訴，申訴專線電話：(02) 27052654 傳真：(02) 27050013 電子信箱：lifell1@twfhclife.com.tw				
申訴人簽章  代理人簽章 年                      月                      日					