

花蓮縣勞工就業歧視申訴書

編號：

申訴人基本資料				
姓名		出生年月日		身分證字號
服務單位		職稱		聯絡電話
到職日		離職日		
通訊地址				
代理人基本資料(無則免填)				
姓名		出生年月日		身分證字號
服務單位		職稱		聯絡電話
通訊地址				
被申訴人之基本資料				
姓名		出生年月日		身分證字號
通訊地址				聯絡電話
服務單位		職稱		單位地址
申訴事實				
申訴違反事項	被申訴服務單位，因下列各事項予以歧視： <input type="checkbox"/> 種族歧視(原住民、外籍與大陸地區配偶) <input type="checkbox"/> 階級歧視 <input type="checkbox"/> 語言歧視 <input type="checkbox"/> 思想歧視 <input type="checkbox"/> 宗教歧視 <input type="checkbox"/> 黨派歧視 <input type="checkbox"/> 籍貫歧視 <input type="checkbox"/> 婚姻歧視 <input type="checkbox"/> 年齡歧視 <input type="checkbox"/> 容貌歧視 <input type="checkbox"/> 五官歧視 <input type="checkbox"/> 身心障礙歧視 <input type="checkbox"/> 工會會員歧視 <input type="checkbox"/> 性別歧視(懷孕歧視、工作場所性騷擾) <input type="checkbox"/> 違反工作平等措施_____ (請註明違反事項) (例如生理假、育嬰留職停薪假、產假、家庭照顧假等之爭議)			
證明文件(請提供影本)	<input type="checkbox"/> 勞工保險卡 <input type="checkbox"/> 服務證明書 <input type="checkbox"/> 醫師診斷證明書 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊 <input type="checkbox"/> 其他_____			
申訴人簽署	姓名：_____			
代理人簽署	姓名：_____			

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

承辦單位：花蓮縣政府 承辦人 \_\_\_\_\_ 承辦科 \_\_\_\_\_ 承辦長 \_\_\_\_\_