

受 理 性 侵 害 犯 罪 事 件 知 會 單					
受 理 單 位	<input type="checkbox"/> 醫院、診所：(名稱：		聯絡電話：)		
	<input type="checkbox"/> 司法警察：(名稱：		聯絡電話：)		
	<input type="checkbox"/> 社 政：(名稱：		聯絡電話：)		
	<input type="checkbox"/> 教 育：(名稱：		聯絡電話：)		
	<input type="checkbox"/> 衛 生：(名稱：		聯絡電話：)		
	<input type="checkbox"/> 司法機關：(名稱：		聯絡電話：)		
<input type="checkbox"/> 其 他：(名稱：		聯絡電話：)			
受 理 人	姓 名		職 稱		
	受理時間	年 月 日 時 分			
被 害 人	姓名 (代號)	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 年 月 日	
	聯絡地址			電話聯絡	
加 害 人 及 犯 罪 事 實	姓 名	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡	歲
	受害時間	年 月 日 時 分		嫌 犯 人 數	人
	受害地點				
	加害人與 被害人認 識與否	<input type="checkbox"/> 是：姓名 _____ 年齡： _____ 歲 關係： _____ <input type="checkbox"/> 否：身體特徵(髮質、口音、膚色等) _____			
	犯 罪 型 態	<input type="checkbox"/> 強姦(請概述) _____ <input type="checkbox"/> 猥褻(請概述) _____ <input type="checkbox"/> 其他：引誘未滿十六歲男女與人姦淫、猥褻			
受 害 經 過					
是 否 需 要 立 即 協 助	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
備 註	一、被害人欄位需徵得被害人、法定代理人或依法負責執行監護事務者同意後填寫。 二、依性侵害犯罪防治法施行細則第五條規定各單位受理性侵害事件後，必須填寫本知會單，並知會當地性侵害防治中心。 三、知會方式以傳真或郵寄為之均可。 四、本知會單除知會當地性侵害防治中心外，受理單位需自存乙份。				
受 理 單 位 主 管			受 理 人		