

國立臺北護理健康大學校園事件申復書

類別	校園事件								
申	<input type="checkbox"/> 被害人 (或委任代理人) <input type="checkbox"/> 檢舉人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 (與被害人_____之關係: _____)				<input type="checkbox"/> 行為人 (或委任代理人) <input type="checkbox"/> 法定代理人 (與行為人_____之關係: _____)				
復	本事件前於 年 月 日經學校防制校園霸凌因應小組調查申請，然： <input type="checkbox"/> 申請結果為不受理。 <input type="checkbox"/> 調查結果為不成立。 <input type="checkbox"/> 對行為人的懲處結果不服。 <input type="checkbox"/> 調查事實或程序有瑕疵或有足以影響原調查認定之新事實、新證據。 爰向貴單位提出申復。				<input type="checkbox"/> 本案前於 年 月 日經學校防制校園霸凌因應小組調查，因對結果不服，依校園霸凌防制準則第22條規定，爰向貴校提出申復。 <input type="checkbox"/> 調查事實或程序有瑕疵或有足以影響原調查認定之新事實、新證據。				
事	姓 名		性 別		出 生 年 月 日		年	月	日
	身分證統一編號 (或護照號碼)		聯絡 電話		服務或就 學單位			職 稱	
	住 (居) 所	縣 市 村 里 路 段 巷 弄 號 樓							
	申 復 理 由	(當調查事實或程序有瑕疵或有新事實、新證據時，請詳述之。)							
由									
相關證據	(請條列附件，並檢附之；無者免填)								
申復人簽名或蓋章：					申復日期： 年 月 日				

請依騎縫線折入黏貼

請依騎縫線折入黏貼

(背面)

-----處理情形摘要(以下申復人免填，由接獲申復請單位自填)-----

申復單位	單位名稱		收件人員		職稱	
	聯絡電話		接獲申復時間	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時 分

以上紀錄經向申復人朗讀或交付閱覽，申復人認為無誤。

紀錄人簽名或蓋章：

備註

***收件人員須熟讀備註**

1. 委任代理人須檢附委任書。
2. 本申復書填寫完畢後，應影印1份予申復人留存。
3. 依校園霸凌防制準則修正條文第26條規定：學校或主管機關接獲申復後，依下列程序處理、由學校或主管機關指定之專責單位收件後，應即組成審議小組，並於三十日內作成附理由之決定，以收面通知申復人申復結果。申復有理由時，將申復決定通知相關權責單位，由其重為決定。
4. 依前項規定，調查申請處理結果為不受理之申復以一次為限。
5. 本申復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；負保密義務者洩密時，應依刑法或其他相關法規處罰。

(卑 卑)

謹陳

國立臺北護理健康大學 防制校園霸凌因應小組

中華民國 年 月 日