

**臺北市私立稻江高級護理家事職業學校  
校園性侵害性騷擾及性霸凌事件申復書**

<b>類 別</b>	<input type="checkbox"/> 性侵害事件 <input type="checkbox"/> 性騷擾事件 <input type="checkbox"/> 性霸凌事件						
<b>申 復 事 由</b>	<input type="checkbox"/> 申請人(或委任代理人) <input type="checkbox"/> 法定代理人(與申請人_____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:_____)		
本案前於 年 月 日向 學校性別平等教育委員會提性侵害、性騷擾及性霸凌調查申請, 因: <input type="checkbox"/> 對處理結果不服(□調查程序有瑕疵□有足以影響原調查認定之有新事實、新證據) <input type="checkbox"/> 對行為人的懲處結果不服 爰向貴單位提出申復。				本案前於 年 月 日經 學校性別平等教育委員會調查, 因 <input type="checkbox"/> 對處理結果不服(□調查程序有瑕疵□有足以影響原調查認定之有新事實、新證據) <input type="checkbox"/> 對行為人的懲處結果不服 爰向貴單位提出申復			
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	<b>縣市 村里 路 段巷 弄 號 樓</b>						
申復理由	(當調查程序有瑕疵或有新事實、新證據時, 請詳述之。)						
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			

(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	<b>* 收件人員須熟讀備註</b> 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. 依防治準則第19條或第31條規定, 學校或主管機關接獲申復後, 應於二十日內(對不受理之申復)或30日內(對處理結果不服之申復)以書面通知申復人申復結果。申復有理由者, 學校或主管機關並應將申請調查或檢舉案交付性別平等教育委員會處理或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。					