德育學校財團法人德育護理健康學校學生申訴申請書

收文日期	年　月　日	收文文號	(　　) 學 輔 申 字 第　　號				
班級		學號		姓名		性別	
出生日期	特殊教育學生須填欄位	身分證統一編號	特殊教育學生須填欄位	聯絡電話			
聯絡地址	□□□						
監護人姓名		與學生關係		監護人身分證統一編號	特殊教育學生之監護人須填欄位		
監護人聯絡電話				監護人出生日期	特殊教育學生之監護人須填欄位		
監護人聯絡地址	□□□ 特殊教育學生之監護人須填欄位						
原處分或措施送達日 (請於 20 日內提起申訴)	民 國　　年　　月　　日						
申訴對象							
申訴事由							
希望補救之措施							
檢具文件證明_____件。							

備註：1.本表請申訴人親自簽名送件，以維護自身權益。

2.灰底欄位為特殊教育學生申訴時，必填欄位(一般生免填)。

---------- (學生存查聯)

茲收到　　君申訴書乙份，此證

收 文 日 期	年　月　日	(收文單位戳章)
收 文 文 號	(　　) 字第　　號	