

德育護理健康學院校園性侵害性騷擾或性霸凌事件申復書

類別	<input type="checkbox"/> 性侵害事件 <input type="checkbox"/> 性騷擾事件 <input type="checkbox"/> 性霸凌事件						
申復事由	<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（與被害人_____之關係：_____）			
	本案前於 年 月 日向本校性別平等教育委員會提性侵害或性騷擾調查申請，然：			<input type="checkbox"/> 本案前於 年 月 日經本校性別平等教育委員會調查，因對 之處理結果不服，依校園性侵害或性騷擾防治要點第 25 條規定，爰向 貴單位提出申復。			
	<input type="checkbox"/> 申請結果為不受理（詳所附性騷擾或性侵害申請不受理通知書）。			<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。			
	<input type="checkbox"/> 調查結果為不成立（詳所附性騷擾或性侵害事件不成立通知書）。			<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。			
	<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。							
姓 名		性 別		出生年月日		年 月 日	
身份證字號 (或護照號碼)		聯絡電話		服務或就 學 單 位		職 稱	
住(居)所							
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。)					
相關證據	(請條列附件，並檢附之；無則免填)						
申復人簽名或蓋章：				申復日期： 年 月 日			

(背面)

-----處理情形摘要 (以下身復人免填, 由接獲申請單位填寫)-----

申 復 單 位	單位名稱名		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, 申請人認為無誤。					
	紀錄人簽名或蓋章:					
備 註	*收件人員注意事項 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一份予申復人留存。 3. 調查申請處理結果為不受理之申復以一次為限。 4. 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。					

(背 面)

德育護理健康學院性別平等教育委員會

中華民國 年 月 月