

德育學校財團法人德育護理健康學校學生申訴評議決定書

發文日期	年 月 日	發文文號	() 輔資申字第	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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 特殊教育學生之監護人須填欄位			
主 文				
事 實				
決 議 (理 由)				
學生申訴評議委員會主席:				

註：申訴人含特殊教育學生或其監護人、法定代理人，如不服學生申評會之評議決定，得於評議決定書送達之次日起三十日內，依訴願法相關規定提起訴願。

(學生存查聯)

茲收到		申訴評議決定書乙份，此證
發文日期	年 月 日	簽收人： (簽章)
發文文號		年 月 日