

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	□□□						
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						
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		