

# 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	(            ) 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					
原處分或措施送達日 <small>(請於 20 日內提起申訴)</small>	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	