**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 |