

大直高中校園性侵害、性騷擾及性霸凌事件申請書

(有法定代理人、受任人者，請另填背面法定代理人、受任人資料表)

申請人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年	月	日 (歲)	
	身分證統一編號 (或護照號碼)		聯絡電話		服務或就學單位		職稱		
	住(居)所	縣 市 村 里 路 巷 弄 號 樓							
	教育程度	<input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳							
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳							
事實內容	被申訴人姓名	<input type="checkbox"/> 不詳	被申訴人資料	<input type="checkbox"/> 單位： 職稱： 聯絡電話： <input type="checkbox"/> 班級： <input type="checkbox"/> 不詳					
	事件發生時間	年	月	日	<input type="checkbox"/> 上午	時	分	<input type="checkbox"/> 下午	
	事件發生地點								
	事件發生過程								
相關證據	附件 1： 附件 2： (無者免填)								
申請人(法定代理人、被害人、受任人或檢舉人) 簽名或蓋章： _____ 申訴日期： _____ 年 月 日									

-----處理情形摘要(以下申訴人免填，由接獲申訴單位自填)-----

初次接獲單位	單位名稱		接案人員		職稱	
	聯絡電話		接獲申訴時間	年	月	日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分
處理或移送流程摘要						

備註：1. 本申訴書填寫完畢後，「初次接獲單位」應影印一份予申訴人留存。
 2. 本申訴書(紀錄)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。

法定代理人資料表（無者免填）

法定代理人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日（歲）
	身分證統一編號 (或護照號碼)				聯絡電話	
	住(居)所	縣 市	村 里	路	段 巷	弄 號 樓
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不詳				

受任人資料表（無者免填）

受任人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日（歲）
	身分證統一編號 (或護照號碼)				聯絡電話	
	住(居)所	縣 市	村 里	路	段 巷	弄 號 樓
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不詳				
*檢附委任書						