

## 澎湖縣將軍國小特殊教育學生申訴服務委任書

茲委任受任人 為\_\_\_\_年\_\_\_\_班學生\_\_\_\_\_申訴事件之代理人，委任人有為一切申請行為之權，並有撤回申訴之特別權限。爰依「澎湖縣將軍國小特殊教育學生申訴評議委員會組織及運作辦法」提出本委任書。

此致

澎湖縣將軍國小特殊教育學生申訴評議委員會

委任人：

身份證字號：

受任人：

身份證字號：

住居所：

聯絡電話：

附件三

澎湖縣將軍國小特殊教育學生申訴書

申訴人： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任代理人								
學生 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		班級資料	年      班	學號	
	住 ( 居 ) 所	縣      村      路      段      弄      號      樓 市      里      巷						
申 訴 人 資 料	<input type="checkbox"/> 申訴人資料同上							
	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/ 就學單位		職稱	
	住 ( 居 ) 所	縣      村      路      段      弄      號      樓 市      里      巷						
申訴人於      年      月      日 收受或知悉_____								
該書面之內容為 ( 請附上佐證資料 ) :								
申 訴 主 文	( 申訴人的主要訴求 )							
申 訴 事 實 的 說 明								

(續下頁)

相 關 證 據	(請條列附件，並檢附之；無者免填)
申訴人或委任代理人簽章：_____ 申請日期：____年____月____日	
備 註	1. 學生權益遭受學校違法或不當侵害時，得依本校「 <b>特殊教育學生申訴評議委員會組織及運作辦法</b> 」之規定提出申訴。 2. 申訴之聲明務請簡明扼要，並依序填載本申訴表格項目，俾以提供相關資料對案件進行瞭解。 3. 申訴內容如有不實偽造或誣陷以致損害他人公、私法上權利時，當事人須自負法律責任。 4. 申訴文件請當面交給申評會或以雙掛號信件寄至申評會。 5. 同一案件以一次為限。

-----處理情形摘要（以下申訴人免填，由接獲申請單位自填）-----

收 件 單 位	單 位 名 稱		收 件 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
以上記錄經向申請人朗讀或交付閱覽，申請人認為無誤。  <div style="text-align: right;">記錄人簽名或蓋章：_____</div>						
<b>*收件人員注意事項</b> 1. 接獲申訴書時，應依據本校 <b>特殊教育學生申訴評議委員會組織及運作辦法</b> 處理， 2. 本申訴申請書填寫完畢後，「收件單位」應影印1份予申訴人或代理人留存。 3. 本申訴書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， <b>應予保密</b> ；負保密義務者洩密時，應依刑法或其他相關法規處罰。						

附件四

澎湖縣將軍國小特殊教育學生申訴評議決定書

評定日期		年    月    日	文 號	
受 文 者	申訴人姓名		申訴人 身分證字號	
	學生姓名		學生 身分證字號	
評議 決定 主文				
申 訴 事 實				
評議主 文事實 及 理由				
申評會 主席 簽章				
附 記	如對本申訴決定有疑議，得於申訴評議決定書送達後次日起三十日內， 向教育主管機關提起訴願。			