**高雄醫學大學校園霸凌事件調查申請書**

**高雄醫學大學校園霸凌事件調查申請書 密件**

|  |  |
| --- | --- |
| **類別** |  編號： |
| **申請人資料** | □被害人 | □檢舉人□法定代理人 | 請填寫被害人姓名： 與被害人之關係：  |
| 姓名 |  | 性別 | □男　□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　 　　段巷　 　　弄　　 　號　　 　樓 |
| **申請事實內容**請依騎縫線折入黏貼 | 行為人姓名（加害人） | 　　　 □不詳 | 就學單位 | □知悉─單位名稱：　　　　 聯絡電話：□無□不詳 |
| □ 曾於□ 不曾 | 年 月 日以○口頭○電話○傳真○電子郵件○其他方式，向 提出 □調查申請 □報案 □訴訟陳情。 |
| 事件發生時間 | 　　　年　　　月　　　日　　□上午□下午　　　　時　　　　分 |
| 事件發生地點 | 請依騎縫線折入黏貼 |
| 事件發生過程 |   |
| **請求事項** | （申請人對處理的期待與要求） |
| **相關證據** | （請條列附件，並檢附之；無者免填） |
| **申請人簽名或蓋章：** | **申請日期：　　年　　月　　日** |

**以下申請人免填，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　□上午□下午　　時　　分 |
| **以上紀錄經向申請人朗讀或交付閱覽，申請人認為無誤。****紀錄人簽名或蓋章：** |
| **備註** | **＊收件人員須熟讀備註**1.本申請書填寫完畢後，「收件單位」應影印1份予申請人留存。2.本申請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，應予保密；負保密義務者洩密時，應依刑法或其他相關法規處罰。 |

謹陳

 高雄醫學大學防制校園霸凌因應小組

 中華民國 年 月 日