高雄市特殊教育學生申訴評議案件申訴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申訴人姓名 |  | 性別 |  |
| 學生姓名 |  | 關係 |  |
| 特教類別/班別 | / | 年級 |  |
| 聯 絡 住 址 |  | 聯絡電話 |  |
| 配合學校或單位 | 1.2. |
| 學校聯絡人/職稱 | 1. /2. / | 聯絡電話 | 1.2. |
| 原決定單位： |
| 原單位決定理由 |  |
| 申訴事實及理由 |  |

保存期限： 10年 (1/2)

|  |  |
| --- | --- |
| 申訴目的 |  |
| 證據資料及件數 |  |
| 中 華 民 國 年 月 日 申訴人 （簽名或蓋章） |
| 高雄市政府教育局特殊教育學生申訴評議會收件　　　年　　　月　　　日　　　　時收件人　　　　　　　　　　　　　　　　簽章 |

保存期限：10年 (2/2)