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)