|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **高雄醫學大學學生申訴評議委員會申訴書** | | | | | |
| 申訴人姓名 |  | 性 別 |  | 出生年月日 |  |
| 系(所)級別 |  | | 聯絡電話 |  | |
| 住居所地址 |  | | | | |
| E-mail |  | | | | |
| 代理人姓名 |  | 性 別 |  | 出生年月日 |  |
| 系(所)級別 |  | | 聯絡電話 |  | |
| 住居所地址 |  | | | | |
| E-mail |  | | | | |
| 原處分(措施)單位及關係人： | | | | | |
| 原處分(措施)日期及文號(或敘明原處分為何)： | | | | | |
| 收受(或知悉)原處分或措施之年月日及收受(或知悉)方式： | | | | | |
| 壹、申訴之事實及理由（請具體指陳其違法或不當之處）： | | | | | |
| 貳、申訴目的（希望獲得之具體補救）： | | | | | |
| 参、就本申訴事件有無提起訴願或訴訟：  □ 無；□ 有（請說明 ） | | | | | |
| 肆、檢附之相關文件及證據（列舉於下，並編號如附件）  一、原措施文書  二、其他… | | | | | |
| 此致  高雄醫學大學學生申訴評議委員會  申訴人 （簽名或蓋章）  代理人代表人 （簽名或蓋章） | | | | | |
| 高雄醫學大學學生申訴評議委員會收件  上 下  收文日期： 年 月 日 午 時 分  收文字號：高醫學申字第 號  收件人：  (簽章或蓋章) | | | | | |
| 中 華 民 國 年 月 日 | | | | | |
| 備註：   1. 本申訴書各項，依本校學生申訴辦法（下稱辦法）第10條規定臚列。提起申訴不合規定者，受理之申評會依辦法第10條規定，得通知申訴人於7日內補正。屆期未補正者，申評會得逕為評議。 2. 因申訴所提出之資料，以錄音帶、錄影帶、電子郵件提出者，應檢附文字抄本，並應載明其取得之時間、地點，及其無非法盜錄、截取之聲明。 3. 申評會於收受申訴後，應檢附申訴書影本及相關書件，通知為原處分(措施)單位或主管機關提出說明。為此，申訴人於申訴書中得註明不擬提供相關當事人知悉之資料，並載明其法令依據；惟為評議案件之需要，申評會仍得斟酌決定相關書件是否檢送原處分(措施)單位或主管機關提出說明；因此，提起本件申訴時，申訴人應審慎決定是否於申訴程序中提供相關資料。 | | | | | |