

新竹市私立曙光女子高級中學校園性別事件調查申請表

收件單位：學務處教官室

收件人：葉淑文組長 電話：(03)5325709

收件信箱：susan@sggs.hc.edu.tw

最速件

檔案編號：

(收件後 3 日內移送性別平等教育委員會)

申請調查日期：112 年 05 月 23 日

1. 申請/檢舉人 代號：	身份	<input type="checkbox"/> 疑似被害人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 檢舉人	與疑似被害人 關係		聯絡 電話	
	姓名		班級/學校/ 服務單位		身分 /職稱	
	性別		身分證字號		生日	年 月 日
	聯絡 地址					
2. 疑似被害人 代號： (申請人與疑似 被害人為同一人 時此欄免填)	姓名		與申請/檢舉人 關係		與被申請調查人 關係	
	性別		班級/學校/ 服務單位		身分 /職稱	
	聯絡 電話		身分證字號		生日	年 月 日
	聯絡 地址					
3. 被申請調查人 /被檢舉調查人 代號：	姓名		與申請人關係	師生	與疑似被害人 關係	姊弟
	性別		班級/學校/ 服務單位		身分 /職稱	學生
	聯絡 電話		身分證字號		生日	年 月 日
	聯絡 地址					
4. 申請/檢舉方式	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 口述					
5. 事件樣態	<input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 性侵害 <input type="checkbox"/> 性霸凌					
6. 事件經過	事發時間					
	事發地點					
	相關文件/證物					
	相關人證					

	過程簡述			
	希望處理方式 (申請/檢舉人對 結果處理的期待與 要求)			
申請人/檢舉人簽名		時間	年	月 日
收件人簽名		時間	年	月 日

承辦人

學務主任

性平會

執行秘書

性平會

主任委員

是否受理 (性平會或初審受理小組 決議後)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 日期:	不受理請註 明理由	<input type="checkbox"/> 非屬本法所規定之事項者。 <input type="checkbox"/> 申請人或檢舉人未具真實姓名。 <input type="checkbox"/> 同一事件已處理完畢者。
-----------------------------	--	--------------	--

備註	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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，應依性別平等教育法或其他相關法規處罰。 2. 學校應於接獲申請調查或檢舉時，應於三日內將該事件交由所設之性別平等教育委員會調查處理。 3. 收件後，於二十日內以書面通知申請人或檢舉人是否受理。不受理之書面通知應敘明理由，並告知申請人或檢舉人申復之期限及受理單位。
----	---