

類別	<input type="checkbox"/> 肢體霸凌 <input type="checkbox"/> 關係霸凌 <input type="checkbox"/> 言語霸凌 <input type="checkbox"/> 網路霸凌 <input type="checkbox"/> 反擊霸凌							
	申請人或檢舉人資料	1. <input type="checkbox"/> 被霸凌人本人 <input type="checkbox"/> 被霸凌人之法定代理人(與被霸凌人之關係: _____)			2. <input type="checkbox"/> 檢舉人提出檢舉(與霸凌人之關係: _____)			
		姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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		單位或系級		職稱或班別
		住(居)所	縣 市 村 里 路 段 巷 弄 號 樓					
4. 被霸凌人資料	(1) <input type="checkbox"/> 與3.同,免填。 (2) <input type="checkbox"/> 姓名: _____ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 就學學校: _____ 班級: _____ 聯絡電話: _____							
申請內容	疑似霸凌人	<input type="checkbox"/> 姓名 _____ <input type="checkbox"/> 不詳		疑似霸凌人就學學校	<input type="checkbox"/> 知悉 系級: _____ 聯絡電話: _____ <input type="checkbox"/> 不詳			
	1. <input type="checkbox"/> 曾於 2. <input type="checkbox"/> 不曾	年 月 日以 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 其他方式,向 _____ 提出 <input type="checkbox"/> 調查 <input type="checkbox"/> 警政報案 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 陳情						
	事件發生時間	年 月 日 ~ 年 月 日						
	事件發生地點							
	事件發生過程 (簡述即可,若不敷使用,可於背面空白處續填)							
事項請求	1. 對事件處理之期待與要求							
	2. 本案涉有議題: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 多元性別 <input type="checkbox"/> 外國籍人員 <input type="checkbox"/> 其他(略述) _____							
相關證據	(請條列附件,並檢附之;無資料者請填無)							
備註	1. 本申請書填寫完畢後,「收件單位」應影印1份申請書交予申請人留存;委任代理人應檢附委任書。 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。 3. 學校於受理申請後,應於三日內召開防制校園霸凌因應小組會議,開始處理程序,並於受理申請之次日起二個月內處理完畢,以書面通知申請人調查及處理結果,並告知不服之救濟程序。 4. 申請人或疑似霸凌人對學校調查及處理結果不服者,得於收到書面通知次日起二十日內,以書面具明理由,向學校申復;其以言詞為之者,調查學校應作成紀錄,經向申請人或行為人朗讀或使閱覽,確認其內容無誤後,由其簽名或蓋章。 5. 學校受理申復後,應交由防制校園霸凌因應小組於三十日內作成附理由之決定,以書面通知申復人申復結果。 6. 如疑似性霸凌事件時,依「校園性侵害、性騷擾或性霸凌防治規定」,由學校防制霸凌因應小組將事件移請性別平等教育委員會調查處理。 7. 中山醫學大學因校園霸凌案件調查所需,所蒐集之個人資料,將僅作為本次校園霸凌案件調查用,學校將保留本調查書25年,期滿後即依規定銷毀。您得以下列聯絡方式行使查閱、更正等個人資料保護法第3條的當事人權利。聯絡方式:台中市建國北路一段110號,電話:(04)24721471。							
	受理單位	單位名稱		收件人員姓名		職 稱		
		聯絡電話		接獲申請或檢舉調查時間	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時 分	
	以上紀錄經向申請人或檢舉人朗讀或交付閱覽,申請人或檢舉人確認內容無誤。							
	申請人/委任代理人/檢舉人簽名或蓋章:							
	申請調查日期: 年 月 日							

事件發生過程