

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)		
	3.	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="radio"/> 口頭 <input type="radio"/> 電話 <input type="radio"/> 傳真 <input type="radio"/> 電子郵件 <input type="radio"/> 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, 所蒐集之個人資訊, 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