

衛生福利部中區之家家童申訴表

頁 1(共 2 頁)

申訴人資料	姓 名		性 別		出 生 年 月 日	年 月 日 (歲)	
	小 家		分 機				
	代 理 人 (代 擬 申 訴)	姓名_____					
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 科室/小家_____分機_____					
申訴事由	被 申 訴 人 姓 名	<input type="checkbox"/> 不詳	被 申 訴 人 家 別 或 服 務 科 室		被 申 訴 人 職 稱		被 申 訴 人 聯 絡 電 話
	事 件 發 生 時 間	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時 分	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時 分
	事 件 發 生 地 點						
	事 件 發 生 過 程						
相 關 證 據	附件 1 : 附件 2 : (無者免填)						
希 望 獲 得 之 補 救							
申訴人(法定代理人或委任代理人)簽名或蓋章: _____ 申訴日期: 年 月 日							
以言詞提出申訴者, 上述紀錄經當場向申訴人朗讀或交付閱覽, 申訴人認為無誤。 申訴人簽名或蓋章: _____							

頁 2(共 2 頁)

----- (以下申訴人免填，由本家受理窗口填寫) -----

案號			
	接案人員		
受理資料	聯絡電話	接獲申訴 時 間	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 時 分
	<input type="checkbox"/> 申訴人指定 _____ <input type="checkbox"/> 申訴人同意由本家申訴處理小組選派 _____ <input type="checkbox"/> 不需要輔佐人 <p style="text-align: right;">申訴人簽名： _____</p>		
申訴類別	<input type="checkbox"/> 教養事項 <input type="checkbox"/> 權益事項 <input type="checkbox"/> 家童爭議事項 <input type="checkbox"/> 其他		

- 備註：1. 本申訴書填寫完畢後，接案人員應影印1份予申訴人留存，必要時得送相關人留存。
2. 本申訴之日起30日內審理完畢，若未能在期限內調查完畢，應將延長理由通知申訴人及相關人。
3. 本申訴書所載當事人相關資料，除有調查之必要或基於當事人安全及公共利益之考量者外，應予保密。