

# 國立宜蘭特殊教育學校 校園性別事件申請/檢舉調查表

受理單位：國立宜蘭特殊教育學校

收件人：

校園性別事件收件信箱：

※ 最速件

(收件後 3 日內全案移轉性別平等教育委員會)

校安通報序號：

申請調查日期： 年 月 日

1. 申請/檢舉人 代號：A	身份	<input type="checkbox"/> 疑似被害人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input checked="" 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		職稱 ~非學生者	
	性別		身份證字號		生日	年 月 日
	聯絡 地址	宜蘭縣員山鄉嵐峰路三段 449 巷 3 弄 10 號				
2. 疑似被害人 代號：B (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 人之關係	
	性別		班級/學校/ 服務單位		職稱~ 非學生者	
	聯絡 電話		身份證字號		生日	年 月 日
	聯絡 地址					
3. 被申請調查人 代號：c	姓名		與申請人關係		與疑似被害人 之關係	
	性別		班級/學校/ 服務單位		職稱~ 非學生者	
	聯絡 電話		身份證字號		生日	年 月 日
	聯絡 地址					
4. 申請方式		<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 言詞 <input type="checkbox"/> 電子郵件				
5. 事件樣態		<input type="checkbox"/> 疑似性騷擾 <input type="checkbox"/> 疑似性侵害 <input type="checkbox"/> 疑似性霸凌				
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/檢舉人簽名		時間	年      月      日
收件人簽名		時間	年      月      日
性平會 是否受理	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	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。

承辦人

學務主任

性平會  
執行秘書

性平會  
主任委員

<b>備註</b>	<p>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，應依刑法或其他相關法規處罰。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
-----------	--