

※密件 請傳

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心

電話：

傳真：

電子郵件信箱：

性侵害犯罪事件通報表自 102.01.01 起適用

通報人	通報單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所及衛生所 <input type="checkbox"/> 衛政 <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 勞政 <input type="checkbox"/> 司(軍)法機關 <input type="checkbox"/> 憲兵隊 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 防治中心 <input type="checkbox"/> 移民業務機關 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 社政 (*請註明是否為下列單位： <input type="checkbox"/> 身障福利機構 <input type="checkbox"/> 老人福利機構 <input type="checkbox"/> 兒童少年福利機構 <input type="checkbox"/> 其他機構) <input type="checkbox"/> 教育 (*請註明是否為下列單位： <input type="checkbox"/> 高級中等以下有提供住宿之學校 <input type="checkbox"/> 其他機構)					
	通報人員	<input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社工人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 保育人員 <input type="checkbox"/> 勞政人員 <input type="checkbox"/> 司(軍)法人員 <input type="checkbox"/> 憲兵 <input type="checkbox"/> 移民業務人員 <input type="checkbox"/> 其他					
	單位名稱						受理單位是否需回覆通報單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	姓名	職稱		電話			
	受理時間	年	月	日	時	分	通報時間
被害人	姓名	代號		性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	出生日期	年	月	日	身分證統一編號(或護照號碼)		
	現屬國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民 (<input type="checkbox"/> 原籍非本國籍,原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (<input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明 <input type="checkbox"/> 本國籍原住民 (<input type="checkbox"/> 布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 其他)					
	籍別	<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (<input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他) 是否為外籍勞工： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他) 行業類別： <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 營造業 <input type="checkbox"/> 家庭幫傭 <input type="checkbox"/> 家庭看護 <input type="checkbox"/> 養護機構看護					
	戶籍地址：	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之 樓					
聯絡地址：	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之 樓						
電話：	【宅】	【公】	【手機】				
安全聯絡方式	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊 (<input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明 _____ (請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷) <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 (<input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 非身心障礙者						
	職業： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳						
	教育程度： <input type="checkbox"/> 學齡前 <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 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳						
	兒童或少年之就學狀況： <input type="checkbox"/> 未入學 <input type="checkbox"/> 學前教育 <input type="checkbox"/> 就學中 <input type="checkbox"/> 輟學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 未再升學 就讀學校：						
聯絡人姓名：	電話：【宅】		【公】		【手機】		
與被害人關係：	地 址：						

※密件

請傳
心

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中

電話：

傳真：

家庭暴力事件通報表(非性侵害事件、非兒少保事件、非老人虐待事件)

自 103.01.01 起適用

案件類型：親密關係暴力(含婚姻/離婚/同居，請加填台灣親密關係暴力危險評估表) 其他家庭成員間暴力

老人虐待(自 103 年 7 月 1 日起請改填老人虐待事件通報表)

通報人	通報單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所及衛生所 <input type="checkbox"/> 衛政 <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 防治中心 <input type="checkbox"/> 移民業務機關 <input type="checkbox"/> 其他											
	通報人員	<input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社工人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 保育人員 <input type="checkbox"/> 司法人員 <input type="checkbox"/> 移民業務人員 <input type="checkbox"/> 其他											
	單位名稱							受理單位是否需回覆通報單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
	姓名				職稱				電話				
	受理時間	年 月 日 時 分			通報時間		年 月 日 時 分						
被害人	姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期	年 月 日		身分證統一編號(或護照號碼)			
	婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶			是否有同住之未成年(孫)子女			<input type="checkbox"/> 有，___人，關係：__			<input type="checkbox"/> 無		
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民(<input type="checkbox"/> 原籍非本國籍，原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍(<input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明 <input type="checkbox"/> 本國籍原住民(<input type="checkbox"/> 布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 其他)											
	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 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳											
	身心障礙	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊(<input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明 (請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷) <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者(<input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 非身心障礙者											
職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳												
戶籍地址	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之樓												
聯絡地址	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之樓												
電話	【宅】			【公】			【手機】						
方便聯絡時間							方便聯繫方式：						
安全聯絡人				電話：			與受保護(被害)人關係：						
相	姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期	年 月 日		身分證統一編號(或護照號碼)			

對人	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民(<input type="checkbox"/> 原籍非本國籍, 原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍(<input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明
	<input type="checkbox"/> 本國籍原住民(<input type="checkbox"/> 布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 其他)

教育程度：國小 國中 高中(職) 專科 大學 研究所以上 不識字 自修 不詳

領有身心障礙手冊(肢障視障聽障聲(語)障智障精神障礙多重障礙其他)
領有身心障礙證明 (請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷)
疑似身心障礙者(肢障視障聽障聲(語)障智障精神障礙多重障礙其他) 非身心障礙者

職業：學生服務業專門職業農林漁牧工礦業商業公教軍警家庭管理退休無工作其他 不詳

有無下列情事？無 有(酗酒施用毒品自殺意念自殺行為(倘有自殺意念或行為請併傳自殺高風險個案轉介單) 其他) 不確定

戶籍地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之樓

聯絡地址： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之樓

電話：【宅】 電話：【公】 電話：【手機】

其他可聯絡之親友： 電話：

具體事實

被害人姓名：

一、 發生時間： 年 月 日 時

二、 發生地點：家中 辦公處所 公共場所 其他：(請說明)

三、 案情陳述：

- 兩造關係：婚姻中(共同生活分居) 離婚(共同生活未同住) 現有或 曾有下列關係：同居關係 家長家屬家屬間直系血親直系姻親四親等內旁系血親(如：舅/姨甥、伯/叔/姑姪、堂/表兄弟姊妹) 四親等內旁系姻親(如：舅媽、姨丈、伯母、堂/表弟媳(妹婿)、堂/表姊夫(嫂)) 其他：
- 被害人受暴型態(可複選)：肢體暴力 精神暴力 經濟暴力 性暴力
- 被害人受傷程度：未受傷無明顯傷勢有明顯傷勢：_____ (敘明部位) 重傷需住院治療：_____ (敘明原因) 死亡
- 加害人施暴時是否使用武器或工具：否 是：(請敘明物品名)
- 被害人是否有自殺意念：否 是(請併傳自殺高風險個案轉介單)
- 被害人是否有自殺行為：否 是(請併傳自殺高風險個案轉介單)
- 本次家暴因素(可複選)：個性或生活習慣不合 感情、外遇問題 性生活不協調 親屬間相處問題 財務支配或借貸問題 經濟狀況不佳 子女教養問題 酗酒 疑似或罹患精神疾病 不良嗜好、賭博、出入不當場所 施用毒品、禁藥或迷幻物品 其他(請說明：_____)
- 家中有無兒童或少年遭受家庭暴力？無 有， 名，與被害人之關係：_____ (請併傳兒童少年保護事件之通報表，兒童少年之生命、身體、自由有立即之危險或危險之虞，請立即以電話聯繫當地主管機關社工員評估處理)
- 家中有無兒童或少年目睹家庭暴力？無 有， 名，與被害人之關係：_____
- 其他補充內容(如案發經過、曾求助對象或單位、相關評估意見等)：

協助事項及相關意見

- 一、 本案是否已完成臺灣親密關係暴力危險評估表：不適用（非親密關係暴力） 是，____分 否，原因：_____
- 二、 被害人後續是否願意社工介入協助？願意 不願意，理由：
- 三、 被害人是否願意被加害人協尋？願意 不願意
- 四、 已協助事項：驗傷診療 協助報案 聲請保護令 緊急安置／庇護 與被害人討論安全計畫 提供相關求助資源
自殺通報 其他（請說明：_____）
- 五、 被害人後續需要協助事項：無 驗傷診療 協助報案 緊急安置／庇護 聲請保護令 經濟扶助 法律扶助
心理治療與輔導就業協助子女就學或就托服務目睹兒少服務戶政問題協助其他（請說明：_____）
- 六、 需立即聯繫社工案件：有下列情形之一者，除傳真本通報表或以網路（網址：<http://ecare.mohw.gov.tw/>）通報外，建議立即以電話聯繫當地防治中心社工員評估處理。
經評估被害人處於高危險情境者。
被害人有受暴事實，經認無其他安全支持網絡可協助，需緊急安置或擬定其他安全計畫。
其他（請敘明）：_____

填表說明

- 一、 依家庭暴力防治法第 50 及 62 條規定，各相關人員在執行職務時知有疑似家庭暴力情事者，應立即以任何方式通報 當地主管機關，並於 24 小時內填具本通報表送當地主管機關（網路通報或傳真通報擇一），未盡通報責任者，依法應處新臺幣 6 千元以上 3 萬元以下罰鍰。
- 二、 通報單位應主動確認受理單位是否收到通報，通報單位須自存乙份。
- 三、 通報時應注意維護被害人之秘密及隱私，不得洩露或公開。

臺南市私立慈濟高中校園性別事件調查申請表

接案單位：學務處生輔組

接案人：蔡宜珊組長 電話：(06)2932323-330

校園性別事件收件信箱：3edc1qaz@tcsn.edu.tw



※ 最速件

(收件後 3 日內全案移轉性別平等教育委員會)

檔案編號：

申請調查日期： 年 月 日

1. 申請人 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		職稱 ~非學生者	
	性別		身份證字號		生日	年 月 日
	聯絡 地址					
2. 疑似被害人 代號： (申請人與被 行為人為同一人 時此欄免填)	姓名		與申請人關係		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：	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"/> 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
受理人簽名		時間	年 月 日
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

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，應依刑法或其他相關法規處罰。 2. 學校或主管機關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. 接案後，由性平會三位委員受理審查，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。 3. 在申請程序中，申請人、原處分單位或其他關係人，就申請事件或其牽連之事項，提出民事訴訟、刑事訴訟或行政訴訟者，應即通知學校性平會。
----	--

臺南市私立慈濟高級中學校園性別事件申請/申復 委任書

茲委任受任人_____（與疑似被害人關係：_____）為 性侵害 性騷擾 性霸凌 事件之
代理人，申請 申復 就委任人因受性侵害、性騷擾或性霸凌所提起之申請/申復事件，有為
一切申請/申復行為之權，並有無撤回申訴之特別權限。爰依規定提出本委任書。

此致

臺南市私立慈濟高級中學性別平等教育委員會

委 任 人：

身份證字號：

受 任 人：

身份證字號：

住 址：

聯 絡 電 話：

中 華 民 國 年 月 日

臺南市私立慈濟高級中學校園性別事件申復書

申復單位：學務處

類別	<input type="checkbox"/> 性侵害事件 <input type="checkbox"/> 性騷擾事件 <input type="checkbox"/> 性霸凌事件							
申	<input type="checkbox"/> 被害人（或委任代理人） <input type="checkbox"/> 檢舉人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 （與被害人_____之關係；_____）			<input type="checkbox"/> 加害人（或委任代理人） <input type="checkbox"/> 法定代理人 （與加害人_____之關係；_____）				
復	本案前於 年 月 日向臺南市私立慈濟高級中學性別平等教育委員會提出園性別事件調查申請，然： <input type="checkbox"/> 申請結果為不受理（詳所附校園性別事件申請不受理通知書）。 <input type="checkbox"/> 調查結果為不成立（詳所附園性別事件調查結果通知書）。 <input type="checkbox"/> 調查事實或程序有瑕疵或有足以影響原調查認定之新事實、新證據。 爰向貴單位提出申復。			<input type="checkbox"/> 本案前於 年 月 日臺南市私立慈濟高級中學性別平等教育委員會調查，因對處理結果不服，依校園性侵害、性騷擾或性霸凌防治準則第 31 條規定，以書面具明理由向貴單位提出申復。 <input type="checkbox"/> 調查事實或程序有瑕疵或有足以影響原調查認定之新事實、新證據，爰向貴單位提出申復。				
事	姓 名		性 別		出 生 年 月 日	年	月	日
	身分證統一編號 (或護照號碼)		連 絡 電 話		服 務 或 就 學 單 位		職 稱	
	住(居)所	縣 村 段 路 弄 號 樓 市 里 巷						
由	申復理由	(當調查事實或程序有瑕疵或有新事實、新證據時，請詳述之。)						
相 關 證 據								
申復人簽名或蓋章：					申復日期： 年 月 日			

-----處理情形摘要(以下申復人免填，由接獲申復單位自填)-----

申 復 單 位	單位名稱		收件人		職稱	
	連絡電話		接獲申復時間	年	月	日

依防治準則第 25 條第 2 項規定，申復人以言詞申復時，由申復單位做成以上記錄，經向申復人朗讀或交付閱覽，申復人認為無誤。

紀錄人簽名或蓋章：

備 註	<p>* 收件人員須熟讀備註</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 委任代理人須檢附委任書。 2. 本申復書填寫完畢後，應影印 1 份予申復人留存。 3. 申請人或檢舉人於前項之期限內，未收到通知或接獲不受理通知之申復：依防治準則第 20 條規定：「接獲申復後，應於二十日內以書面通知申復人申復結果。」 4. 對處理結果不服之申復：依防治準則第 31 條規定：「收件後，應即組成審議小組，並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。」 5. 本申復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。
--------	--

承辦人：

執行秘書：

校長：

臺南市私立慈濟高級中學校園性別事件撤回調查申請書

類 別	<input type="checkbox"/> 性侵害事件 <input type="checkbox"/> 性騷擾事件 <input type="checkbox"/> 性霸凌事件			
申 請 人 姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申 請 日 期
服 務 或 就 學 單 位		職 稱 或 班 級		
身 分 證 統 一 編 號 (或 護 照 號 碼)		住 (居) 所		
聯 絡 電 話	(O): (H): 行 動 電 話 :			
案 情 摘 要				
撤 回 聲 明	申請人先前於 年 月 日，向臺南市私立慈濟高級中學性別平等教育委員會所提之申請案，因_____			
	擬予撤回。			
備 註	依校園性侵害性騷擾或性霸凌防治準則第 23 條第 1 項第 5 款規定：「申請人撤回申請調查時，為釐清相關法律責任，事件管轄學校或機關得經所設之性平會決議，或經行為人請求，繼續調查處理。學校所屬主管機關認情節重大者，應命事件管轄學校繼續調查處理。」			
此致 臺南市私立慈濟高級中學性別平等教育委員會 中 華 民 國 年 月 日				

臺南市私立慈濟高級中學校園性侵害或性騷擾申請事件調查小組訪談紀錄

<input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 性侵害		調查小組訪談紀錄			
訪談時間	年 月 日 (星期) 時 分				
訪談地點					
召集人		訪談人		記錄人	
受訪人					
訪 談 紀 錄					
<p>以上訪談紀錄經受訪人閱覽確認無訛後，始簽名於後</p> <p>受訪人_____ (簽章)</p> <p>記錄人_____ (簽章)</p> <p>調查小組成員_____</p> <p style="text-align: right;">_____ (簽章)</p>					
<p>備註：如受訪人拒絕簽名，須說明拒簽理由。</p>					

臺南市私立慈濟高級中學校園性侵害或性騷擾事件性別平等教育委員會
調查小組調查報告書

A 版

類別	<input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 性侵害			
	姓名		出生年月日	
申請人	性別		身份證字號	
	職稱或學籍資料			
	姓名		出生年月日	
行為人	性別		身份證字號	
	職稱或學籍資料			
	家庭背景			

一、案例說明及緣起(時間、樣態)

二、調查事實

(一)申請人(檢舉人)申訴意旨：

(二)行為人答辯意旨：

(三)相關證人舉證說明：

三、事件調查過程及結論(調查人員與紀錄)

四、相關證據及其他資料

五、處理建議及理由

性別平等教育委員會委員簽名：

中華民國 年 月 日

備註： 學校或主管機關依法規定建立之檔案資料，分為原始檔案與報告檔案，原始檔案應予保密，應指定專責單位保管。

臺南市私立慈濟高級中學性別平等教育委員會調查通知書

- 一、檔案編號：性平字第 _____ 號
- 二、申請調查日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 三、調查事由：說明校園性別事件相關事宜。
- 四、出席者： _____
- 五、約談時間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 午
- 六、約談地點： _____
- 七、請於上述時間準時出席，未成年得由法定代理人陪同，如有相關資料，亦請於當日一併提出。
- 八、聯絡人： _____ 電話： _____
- 九、相關法規：(請詳閱)
- (一) 性別平等教育法第 30 條第 4 項之規定：「行為人、申請人及受邀協助調查之人或單位，應予配合，並提供相關資料」。
- (二) 性別平等教育法第三十六條第二項之規定：「行為人違反第三十條第四項規定而無正當理由者，由學校報請主管機關處新台幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並得連續處罰至其配合或提供相關資料為止」。
- (三) 校園性侵害或性騷擾防治準則(以下簡稱準則)第 23 條第 1 項第 1 款規定：「當事人為未成年者，接受調查時得由法定代理人陪同」、第 5 款規定：「申請人撤回申請調查時，為釐清相關法律責任，事件管轄學校或機關得經所設之性平會決議，或經行為人請求，繼續調查處理。學校所屬主管機關認情節重大者，應命事件管轄學校繼續調查處理」。
- (四) 準則第 30 條第 1 項規定：「…經證實有誣告之事實者，並應依法對申請人或檢舉人為適當之懲處。」
- (五) 準則第 28 條第 1 項規定：「性別平等委員會之調查處理，不受該事件司法程序是否進行及處理結果之影響」、第 2 項規定：「前項調查程序，不因行為人喪失原身分而終止」。

臺南市私立慈濟高級中學 學年度第 _____ 學期性別平等教育委員會 性別事件調查通知書回執聯
--

調查訪談工作定於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 午 _____ 時於本校 _____ 室舉辦。請於下列勾選您的參與意願：

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 我願意出席。
出席家長姓名 _____，與學生 _____ 之關係為 _____。 |
| <input type="checkbox"/> 我不陪同出席。 |

家長/監護人簽章： _____	填寫日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
-----------------	-------------------------------

※敬請 貴家長填寫陪同出席調查表後交與貴子弟於 _____ 年 _____ 月 _____ 日前繳回本校性平會聯絡人。

臺南市私立慈濟高級中學性別平等教育委員會調查通知書

- 一、檔案編號：性平字第 號
- 二、申請調查日期： 年 月 日
- 三、調查事由：說明校園性別事件相關事宜。
- 四、出席者：
- 五、約談時間： 年 月 日 午
- 六、約談地點：
- 七、請於上述時間準時出席，未成年得由法定代理人陪同，如有相關資料，亦請於當日一併提出。無正當理由無故缺席，將依性別平等教育法第三十六條之規定，報請主管機關依法處罰。
- 八、聯絡人： 電話：
- 九、相關法規：(請詳閱)
- (一) 性別平等教育法第 30 條第 4 項之規定：「行為人、申請人及受邀協助調查之人或單位，應予配合，並提供相關資料」。
- (二) 性別平等教育法第 36 條第 2 項之規定：「行為人違反第三十條第四項規定而無正當理由者，由學校報請主管機關處新台幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並得連續處罰至其配合或提供相關資料為止」。
- (三) 校園性侵害或性騷擾防治準則（以下簡稱準則）第 23 條第 1 項第 1 款規定：「當事人為未成年者，接受調查時得由法定代理人陪同」、第 5 款規定：「申請人撤回申請調查時，為釐清相關法律責任，事件管轄學校或機關得經所設之性平會決議，或經行為人請求，繼續調查處理。學校所屬主管機關認情節重大者，應命事件管轄學校繼續調查處理」。
- (四) 準則第 30 條第 1 項規定：「…經證實有誣告之事實者，並應依法對申請人或檢舉人為適當之懲處。」
- (五) 準則第 28 條第 1 項規定：「性別平等委員會之調查處理，不受該事件司法程序是否進行及處理結果之影響」、第 2 項規定：「前項調查程序，不因行為人喪失原身分而終止」。

臺南市私立慈濟高級中學 學年度第 學期性別平等教育委員會
性別事件調查通知書回執聯

調查訪談工作定於 年 月 日 () 午 時於本校 室舉辦。請於下列勾選您的參與意願：

我願意出席。

出席家長姓名 _____，與學生 _____ 之關係為 _____。

我不陪同出席。

家長/監護人簽章：

填寫日期： 年 月 日

※敬請 貴家長填寫陪同出席調查表後交與貴子弟於 年 月 日
前繳回本校性平會聯絡人 。