

馬偕醫學大學 疑似校園霸凌事件檢舉書【師對生】						
檢舉人資料		姓 名		相關文件寄達地址		
		檢舉日期		聯絡電話		
				與被行為人關係 <input type="checkbox"/> 當事人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 實際照顧者 <input type="checkbox"/> 其他_____		
被行為人資料		姓 名		就讀學校		
				就讀班級		
檢舉事實內容	疑似行為人	姓 名		所屬學校		
		姓 名		所屬學校		
		姓 名		所屬學校		
		姓 名		所屬學校		
	事件經過	是否有性霸凌等疑似情事？			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，依性別平等教育法處理	
		請詳填事實(人、事、時、地、物等)，本欄如不敷使用時，可以附件方式表述				
		是否檢附相關物證？		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，陳附：		
檢舉人親自簽名				本校收件人		
				收件時間		
備 考		校安通報編號： (通報後再行填寫)				