

中華醫事科技大學職員工申訴評議委員會申訴書

申訴人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日		身分證號碼	
服務單位職稱		電話：	
住居所			
代理人 代表人姓名	(無代理人或代表人者免填)		
出生年月日		身分證號碼	
住居所			電話：
收受(或知悉)措施之年月日：			
壹、申訴之事實及理由：			
貳、希望獲得之具體補救：			
參、就本申訴事件有無提起訴願、訴訟：			
<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 有(請說明)			
肆、提起申訴之年月日：			
伍、相關檢附文件及證據(列舉於下，並裝訂如附件)			

一、原措施文書
二、其他…
此致
中華醫事科技大學職員工申訴評議委員會
代理人 代表人 (簽名或蓋章)
中 華 民 國 年 月 日

備註：

本申訴書各項，依職員工申訴評議委員會設置要點第五條規定陳列。提起申訴不合規定者，受理之申評會依前述要點第五條規定，得通知申訴人於 30 日內補正。屆期未補正者，申評會得逕為評議。