|  |
| --- |
| **新生學校財團法人新生醫護管理專科學校 學生撤銷申訴案件申請表** |
| 班級(單位)： | 學號(職稱)： | 姓名： | 性別： |
| 電話： | 住址： |
| 法定代理人姓名(簽名)： 聯絡電話： |
| 原處分決定單位或申訴對象姓名： | 職稱 |
| 本人申請撤銷學生申訴案件第\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_號。撤銷理由： |
| 申請人簽名蓋章： | 法定代理人簽名蓋章： |
| 提出撤銷申訴日期： | 收件人： | 單位主管： |

 表單編號：學-諮-16-F04