

**性侵害事件疑似行為人為未成年人知會學校所屬主管機關-回覆單**

疑似行為人姓名		就讀學校	
受理結果	<p>個案評估會議召開時間：____年____月____日</p> <p>決議之輔導策略：</p> <p><input type="checkbox"/>無法受理，原因：_____</p> <p><input type="checkbox"/>受理，<input type="checkbox"/>二級：輔導室個案/團體輔導</p> <p><input type="checkbox"/>三級：轉介專業輔導人員或學生輔導諮商中心</p> <p><input type="checkbox"/>其他：(請說明)_____</p>		
備註	相關附件（新增附件上傳功能）		

填寫單位：

填寫人員：

單位主管：

聯絡電話：

電子郵件：

回覆日期：

注意：本回覆單請於接獲社政單位申請1個月內，由學校召開個案評估會議，決議之輔導策略(基於性侵害行為人需要專業輔導，爰僅列二、三級輔導)並回覆所屬主管機關及防治中心。惟轉知時如遇寒暑假期間，學校受理轉知後應於開學後1個月內回覆所屬主管機關及防治中心有關個案處理情形。