

新竹市政府委託社團法人新竹市身心障礙者聯合就業協會承辦
身心障礙者自立生活支持服務 102 訂定 113 修訂

申訴單

申 訴 人 姓 名			
身 分 證 字 號			
性 別		職 業	
聯 絡 地 址		聯 絡 電 話	
投 訴 單 位 / 人 員	<input type="checkbox"/> 單位_____ <input type="checkbox"/> 工作人員_____		
	<input type="checkbox"/> 個人助理員_____ <input type="checkbox"/> 同儕支持員_____		
事 件 敘 述			
訴 求 事 項			
附 件			
謹 陳 社 團 法 人 新 竹 市 身 心 障 礙 者 聯 合 就 業 協 會 (機 關 名 稱) 申 訴 人 : (簽 章) <input type="text"/>			
中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日			

電話：03-5629127、傳真：03-5629302

地址：新竹市西大路 135 巷 3 號 1 樓