申訴書填寫說明

1. **申訴資格**：受評學校認為評鑑過程「違反程序」 （係指違反醫學院評鑑委員會(以下簡稱醫評會)評鑑相關之規定），或評鑑結果報告之訪視意見所載內容「不符事實」者，始得依「醫學院評鑑委員會申訴評議組織及評議規則」提出申訴。
2. **申訴時程**：受評學校收到「醫評會評鑑結果報告」後，如有異議，請於30日內向醫評會提出申訴，公文並副知財團法人高等教育評鑑中心基金會(以下稱評鑑中心)。
3. **申訴書格式**：撰寫申訴意見說明請採條列式，單行間距，12字體，標楷體。有關申訴書封面格式與申訴書內容格式，請參見附件。
4. **申訴書繳交**：申訴書電子檔光碟及書面申訴書各11份（含檢附資料），掛號函送財團法人高等教育評鑑中心基金會醫學院評鑑委員會（臺北市大安區和平東路一段179號7樓）收（信封袋請註明「申訴」字樣）。
5. **申訴費用繳納**：
   1. 提出申訴之學校，應先向評鑑中心繳交申訴基本作業費用，每一申訴案件之申訴費用為新台幣六萬元正。申訴學校需將申訴書於期限內函送至醫評會，並繳清申訴費用。逾期未繳，不受理其申請。
   2. 申訴基本作業費之繳納，請採「匯款」方式進行。

銀行：彰化銀行大安分行

帳號：5130-01-001530-00戶名：財團法人高等教育評鑑中心基金會

○○大學

○○○年度醫學系醫學教育品質認證

申訴書

（封面格式）

1.申訴學校：

2.聯絡人： 　 聯絡電話：

3.地址：

4.E-mail：

5.若有聯絡人之代理人，請填寫下表：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 姓名 | 職稱 | 聯絡電話/E-mail |
| 代理人 |  |  |  |

系主任（簽章）：

院長（簽章）：

校長（簽章）：

本申訴書共 頁（含本頁） ，填表日期： 年 月 日

（申訴書內容格式）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申訴學校：○○○○○○ | | | | |
| 評鑑  項目 | 分項摘述-評鑑過程、現況描述與特色、待改善事項 | 申訴意見性質 | 申訴意見具體說明（何以認為本件評鑑有違反程序、不符事實之情事） | 檢附資料說明（認為本件評鑑有違反程序、不符事實之具體事證） |
|  |  | □違反程序  □不符事實 |  |  |
|  | □違反程序  □不符事實 |  |  |
|  | □違反程序  □不符事實 |  |  |
|  | □違反程序  □不符事實 |  |  |
|  | □違反程序  □不符事實 |  |  |
|  | □違反程序  □不符事實 |  |  |

（本表如不敷使用，請自行影印）