

中華民國 102 年 4 月 12 日  
教育部令 臺教學（三）字第 1020041588C 號

修正「各級學校及幼稚園通報兒童少年保護與家庭暴力及性侵害事件注意事項及處理流程」部分規定，名稱修正為「各級學校及幼兒園通報兒童少年保護與家庭暴力及性侵害事件注意事項及處理流程」，並自即日生效。

附修正「各級學校及幼兒園通報兒童少年保護與家庭暴力及性侵害事件注意事項及處理流程」部分規定

部 長 蔣偉寧

各級學校及幼兒園通報兒童少年保護與家庭暴力及性侵害事件注意事項及處理流程  
部分規定修正規定

- 一、教育部為執行行政院核定之「落實兒童及少年保護家庭暴力與性侵害事件通報及防治工作實施方案」玖、採行措施三、落實責任通報（一）強化教育人員責任通報之規定，明定各級學校及幼兒園通報處理流程、相關注意事項及通報人身份資料保密措施等事項，特訂定本注意事項及處理流程。
- 二、學校、幼兒園及其相關人員知悉有下列法律規定事件時，應依法立即通報相關單位：
  - （一）依兒童及少年福利與權益保障法第五十三條規定，教育人員等及其他執行兒童及少年福利業務人員，於執行業務時知悉兒童及少年有下列情形之一者，應立即向直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得超過二十四小時（通報表如附件一）：
    - 1、施用毒品、非法施用管制藥品或其他有害身心健康之物質。
    - 2、充當該法第四十七條第一項場所之侍應。
    - 3、遭受該法第四十九條各款之行爲。
    - 4、有第五十一條之情形。
    - 5、有該法第五十六條第一項各款之情形。
    - 6、遭受其他傷害之情形。
  - （二）依兒童及少年福利與權益保障法第五十四條規定，教育人員等及其他執行兒童及少年福利業務人員，於執行業務時知悉兒童及少年家庭遭遇經濟、教養、婚姻、醫療等問題，致兒童及少年有未獲適當照顧之虞，應通報直轄市、縣（市）主管機關（通報表如附件一）。
  - （三）依家庭暴力防治法第五十條第一項規定，教育人員等及其他執行家庭暴力防治之相關人員，於執行職務時知有疑似家庭暴力情事者，應立即通報當地主管機關，至遲不得逾二十四小時（通報表如附件二）。
  - （四）依性侵害犯罪防治法第八條規定，教育人員等相關人員於執行職務知有疑似性侵害犯罪情事者，應立即向當地直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得超過二十四小時（通報表如附件三）。

(五) 依兒童及少年性交易防制條例第九條第一項規定，教育人員等及其他執行兒童福利及少年福利業務人員，知悉未滿十八歲之人從事性交易或有從事之虞者，或知有該條例第四章之犯罪嫌疑者，應立即向當地主管機關或該條例第六條所定之單位報告。

五、學校、幼兒園針對保護性案件，應依法配合直轄市、縣（市）主管機關提供協助、適當保護及照顧：

(一) 依兒童及少年福利與權益保障法第七十條及依家庭暴力防治法第五十條第四項規定，直轄市、縣（市）主管機關或受其委託（請）之機關（構）或團體進行訪視、調查及處遇時，兒童及少年之師長及其他有關之人應予配合並提供相關資料；該主管機關請求教育或其他相關機關或機構協助時，被請求者應予配合。

(二) 依兒童及少年保護通報及處理辦法第十五條規定，兒童及少年有兒童及少年福利與權益保障法第五十三條第一項情形者，於直轄市、縣（市）主管機關處理前，學校、幼兒園應提供兒童及少年適當保護及照顧；其有接受診治之必要者，應立即送醫；其有觸犯刑罰法律之行為或觸犯之虞，或有被害情形者，應通報警察機關。

(三) 有關兒童少年保護緊急通報事件處理注意事項如下：

- 1、學校、幼兒園應依兒童及少年保護通報及處理辦法第二條規定於二十四小時內填具通報表以網際網路、電信傳真或其他科技設備傳送等方式通報直轄市、縣（市）主管機關；情況緊急時，得以言詞、電話通訊方式通報直轄市、縣（市）主管機關。
- 2、案件遇有兒童少年保護及高風險家庭通報表所規範之緊急情況者，宜電話聯繫當地主管機關社工員評估處理，並依兒童及少年保護通報及處理辦法第十五條規定，於主管機關處理前，提供兒少適當之保護及照顧。
- 3、經社政單位評估需至現場訪視之個案，應提供學校、幼兒園預計到現場訪視之時間，並避免在學校、幼兒園安置到隔夜或於放學後留置於學校、幼兒園過長時間；學校、幼兒園應於此段時間內，提供兒少適當之保護及照顧。

七、學校、幼兒園遇兒童及少年保護、家庭暴力及性侵害事件，應即啟動校園危機處理機制，由校長或園長指定專人進行責任通報及校安通報、媒體應對及發言，並加強與社會工作專業人員之協調聯繫，於事件之司法調查過程中，必要時應陪同學生或幼兒，給予心理支持，遇秘密轉學事宜，並應請主管教育行政機關協調、聯繫受害學生或幼兒轉進及轉出之學校、幼兒園，進行相關之班級輔導及結合社工訂定個案處遇計畫（保護輔導工作流程圖如附件四）。

八、學校、幼兒園應運用兒童少年保護及高風險家庭通報表（如附件一），辨識學生或幼兒是否處於高風險家庭，建立預警系統，建構其篩檢及轉介處遇之機制，以預防兒童少年保護、家庭暴力及性侵害事件之發生，並能於事件發生時，啟動校園危機處理機制，有效處理。

附件一

※密件 請傳\_\_\_\_\_縣(市)(通報窗口請縣市政府自行決定填列)

電話：

電子郵件信箱：

傳真：

兒童少年保護及高風險家庭通報表

自 101.01.01 起適用

- 通報單位應主動確認受理單位是否收到通報，通報單位須自存乙份。
- 通報時應注意維護被害人之秘密及隱私，不得洩露或公開。
- 如須受理單位回覆處理情形者，請勾選；受理單位責任社工應儘速聯繫回覆。
- 以下問項，對兒童及少年(以下簡稱兒少)之保護及協助極為重要，請善盡通報責任，避免漏填。
- 行為人(施虐者)非屬家庭成員，僅涉違反兒少福利法之裁處，無涉特定兒少之保護安置及後續處遇者，【兒童及少年】、【照顧者】等項目可不予查填。
- 經查屬意外事故，非屬惡意對待或疏忽者，請勿通報。

通報人	通報單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所及衛生所 <input type="checkbox"/> 衛政 <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 勞政 <input type="checkbox"/> 司(軍)法機關 <input type="checkbox"/> 憲兵隊 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 防治中心 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	通報人員	<input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社工人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 保育人員 <input type="checkbox"/> 勞政人員 <input type="checkbox"/> 司(軍)法人員 <input type="checkbox"/> 憲兵 <input type="checkbox"/> 移民業務人員 <input type="checkbox"/> 村里幹事 <input type="checkbox"/> 村里長 <input type="checkbox"/> 公衛護士 <input type="checkbox"/> 戶政人員 <input type="checkbox"/> 法(獄)政人員 <input type="checkbox"/> 公寓大廈管理員 <input type="checkbox"/> 其他				
	單位名稱	_____ 受理單位是否需回覆通報單位 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	姓名	_____	職稱	_____	電話	_____
受理時間	_____年	_____月	_____日	_____時	_____分	
通報時間	_____年	_____月	_____日	_____時	_____分	

通報之兒童及少年	姓名	_____	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 或年齡	_____年 (_____歲)	身分證統一編號 (或護照號碼)	_____	
	國籍別	(請填下方代碼或以文字說明)							
	就學狀況	<input type="checkbox"/> 未入學 <input type="checkbox"/> 學前教育 <input type="checkbox"/> 就學中 <input type="checkbox"/> 輟學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 未再升學							
	教育程度	<input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 就讀學校：_____							
	是否為身心障礙者	<input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊							
	身心障礙 或疑似身心障礙類別	<input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他(請說明：_____)							
戶籍地址	_____縣(市)	_____鄉(鎮/市/區)	_____村(里)	_____鄰	_____路	_____段	_____巷	_____弄	_____號之_____樓
居住地址	_____縣(市)	_____鄉(鎮/市/區)	_____村(里)	_____鄰	_____路	_____段	_____巷	_____弄	_____號之_____樓
電話	宅	_____	公	_____	手機	_____			

手足	姓名	_____	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期或年齡	_____	國籍別 (請填下方代碼或以文字說明)	_____	其他相關資訊	_____
	1.	_____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	2.	_____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	3.	_____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	4.	_____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
	5.	_____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
父母/監護人/主要照顧者	姓名	_____	出生日期或年齡	_____	國籍別 (請填下方代碼或以文字說明)	_____	連絡地址	_____	電話	_____
	父：	_____	_____	_____	_____	_____	同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址	宅	_____	
		_____	_____	_____	_____	_____	其他連絡地址	公	_____	
		_____	_____	_____	_____	_____	其他連絡地址	手機	_____	
	母：	_____	_____	_____	_____	_____	同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址	宅	_____	
		_____	_____	_____	_____	_____	其他連絡地址	公	_____	
	_____	_____	_____	_____	_____	其他連絡地址	手機	_____		
其他(與兒少關係)：	_____	_____	_____	_____	_____	同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址	宅	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	其他連絡地址	公	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	其他連絡地址	手機	_____		
個案類型 (請擇一勾選，勿漏填，勿重複)					<input type="checkbox"/> 兒少保護：請續填 <b>表 1</b> ； <input type="checkbox"/> 高風險家庭：請續填 <b>表 2</b>					

案情陳述	<b>表 1 兒少保護個案</b> <span style="float: right;">★通報高風險家庭者，請勿填列此表</span>
	發生時間 年 月 日 時
	發生地點 <input type="checkbox"/> 住家（同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址） <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 兒少安置機構（機構名稱： <input type="checkbox"/> 學校（學校名稱： <input type="checkbox"/> 其他/請敘明位址： 縣（市） 鄉（鎮/市/區） 村（里） 鄰 路 段 巷 弄 號 之 樓
補充說明：如案發經過、已提供之協助、受傷害情形等	

(疑似)施虐者(無則免填)	姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 年 月 日 或年齡 ( 歲)	身分證統一編號 (或護照號碼)	
	國籍別 (請填下方代碼或以文字說明)				
	教育程度 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳				
	與兒少之關係 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 養父 <input type="checkbox"/> 養母 <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 機構人員 <input type="checkbox"/> 母之同居人或繼父 <input type="checkbox"/> 父之同居人或繼母 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 其他				
	是否為身心障礙者 <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊				
	身心障礙或疑似身心障礙類別 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聾 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他(請說明：)				
	戶籍地址 縣(市) 鄉(鎮/市/區) 村(里) 鄰 路 段 巷 弄 號 之 樓				
	居住地址 縣(市) 鄉(鎮/市/區) 村(里) 鄰 路 段 巷 弄 號 之 樓				
	電話 宅		公		手機

安全主聯絡人	姓名	與兒少關係	電話	連絡地址	
	方便聯絡時間		方便聯繫方式		
	其他可聯絡之親友 姓名	與兒少關係	電話	連絡地址	
	其他相關資訊				

兒少保護情事(可複選)	<input type="checkbox"/> 兒少有下列行為者： <input type="checkbox"/> 兒少施用毒品、非法施用管制藥品或其他有害身心健康之物質。 <input type="checkbox"/> 兒少充當酒家、特種咖啡茶室、限制級電子遊戲場及其他涉及賭博、色情、暴力等足以危害其身心健康場所之侍應。
	<input type="checkbox"/> 任何人對兒少有下列行為者： <input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 身心虐待 <input type="checkbox"/> 利用其從事有害健康等危險性活動或欺騙之行為 <input type="checkbox"/> 利用身心障礙或畸形兒童供人參觀。 <input type="checkbox"/> 利用其行乞。 <input type="checkbox"/> 剝奪或妨礙其接受國民教育之機會。 <input type="checkbox"/> 強迫其婚嫁。 <input type="checkbox"/> 拐騙、綁架、買賣、質押，或以其為擔保之行為。 <input type="checkbox"/> 強迫、引誘、容留或媒介其為猥褻行為或性交。 <input type="checkbox"/> 供應刀械或其他危險物品。 <input type="checkbox"/> 利用其拍攝或錄製暴力、猥褻、色情或其他有害其身心發展之出版品、影片、光碟、網際網路或其他物品。 <input type="checkbox"/> 違反媒體分級辦法，對其提供或播送有害其身心發展之出版品、影片、光碟、網際網路或其他物品。 <input type="checkbox"/> 帶領或誘使其進入有礙其身心健康之場所。 <input type="checkbox"/> 強迫、引誘、容留或媒介兒童及少年為自殺行為（請併通報當地社區心理衛生中心或自殺防治中心）。 <input type="checkbox"/> 其他對兒童及少年或利用兒童及少年犯罪或為不正當之行為。
	<input type="checkbox"/> 父母、監護人或其他實際照顧兒童及少年之人對兒少有下列行為者： <input type="checkbox"/> 使兒童獨處於易發生危險或傷害之環境。 <input type="checkbox"/> 對於 6 歲以下兒童或需要特別看護之兒童及少年，使其獨處或由不適當之人代為照顧。
	<input type="checkbox"/> 下列緊急情況，建議立即以電話聯繫當地主管機關社工具評估處理，並依兒少保護通報及處理辦法第 6 條規定，於主管機關處理前，提供兒少適當之保護及照顧。 <input type="checkbox"/> 兒少有以上列舉之保護情事，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。（限有填列上開選項者） <input type="checkbox"/> 兒少未受適當之養育或照顧，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。 <input type="checkbox"/> 兒少有立即接受診治之必要，但未就醫者，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。 <input type="checkbox"/> 兒少遭受其他迫害，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。

**注意事項**

- 依兒童及少年福利與權益保障法第 53 條規定，責任通報人員在執行職務時知有兒童及少年保護事件，應立即通報當地主管機關，並於 24 小時內填具本通報表送當地主管機關，未盡通報責任者，依法應處新臺幣 6 千元以上 3 萬元以下罰鍰。
- 受理通報表之縣市主管機關，轉介兒少所在地之縣市者，如係屬兒少保護個案，應於轉介後 24 小時內確認受理轉介縣市是否有同步進行調查及訪視，受理轉介縣市依規定於 4 日內完成調查訪視，回報轉介縣市。

1 本國籍非原住民/2 本國籍原住民：201 布農 202 排灣 203 賽夏 204 阿美 205 魯凱 206 泰雅 207 卑南 208 達悟（雅美）  
209 鄒 210 邵 211 噶瑪蘭 212 太魯閣 213 撒奇萊雅 214 賽德克 215 其他（請敘明）3 大陸籍/4 港澳籍/5 外國籍：501 泰國  
502 印尼 503 菲律賓 504 越南 505 柬埔寨 506 蒙古 507 其他（請敘明）6 無國籍/7 資料不明

表 2 高風險家庭		★通報兒少保護個案者，請勿填列此表
家庭風險因素評估	<input type="checkbox"/> 家庭成員關係紊亂或家庭衝突：如家中成人時常劇烈爭吵、無婚姻關係帶年幼子女與人同居、或有離家出走之念頭者等，以致影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。	
	<input type="checkbox"/> 家中兒童少年父母或主要照顧者罹患精神疾病、酒癮、藥癮並未就醫或未持續就醫，以致影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。	
	<input type="checkbox"/> 家中兒童少年父母或主要照顧者有自殺風險個案，尚未強迫、引誘、容留或媒介兒童及少年為自殺行為，惟影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。（請併通報當地社區心理衛生中心或自殺防治中心）。	
	<input type="checkbox"/> 因貧困、單親、隔代教養或其他不利因素，以致影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。	
	<input type="checkbox"/> 非自願性失業或重複失業者：負擔家計者遭裁員、資遣、強迫退休等，以致影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。	
	<input type="checkbox"/> 負擔家計者死亡、出走、重病、入獄服刑等，以致影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。	
	案情簡述：（請具體陳述兒少受照顧、家庭親子互動狀況、經濟及其他特殊狀況）	
案家已領有 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入兒少生活補助 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少緊急生活扶助 <input type="checkbox"/> 身障生活補助 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）		
轉介單位已提供服務，請說明：		
其他相關資訊：		
注意事項	依兒童及少年福利與權益保障法第 54 條規定，醫事人員、社會工作人員、教育人員、保育人員、警察、司法人員、村（里）幹事、村（里）長、公寓大廈管理服務人員及其他執行兒童及少年福利業務人員，於執行業務時知悉兒童及少年家庭遭遇經濟、教養、婚姻、醫療等問題，致兒童及少年有未獲適當照顧之虞，應通報直轄市、縣（市）主管機關。	

1 本國籍非原住民／2 本國籍原住民：201 布農 202 排灣 203 賽夏 204 阿美 205 魯凱 206 泰雅 207 卑南 208 達悟（雅美）209 鄒 210 邵 211 噶瑪蘭 212 太魯閣 213 撒奇萊雅 214 賽德克 215 其他（請敘明）  
 3 大陸籍／4 港澳籍／5 外國籍：501 泰國 502 印尼 503 菲律賓 504 越南 505 柬埔寨 506 蒙古 507 其他（請敘明）6 無國籍／7 資料不明

附件二

※密件 請傳 縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話：  
 電子郵件信箱： 傳真：  
 家庭暴力事件通報表(非性侵害事件、非兒少保事件) 自 102.01.01 起適用  
 案件類型：婚姻/離婚/同居關係暴力(請加填台灣親密關係暴力危險評估表 TIPVDA) 老人虐待  
其他家庭成員間暴力

通報人	通報單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所及衛生所 <input type="checkbox"/> 衛政 <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 防治中心 <input type="checkbox"/> 移民業務機關 <input type="checkbox"/> 其他										
	通報人員	<input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社工人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 保育人員 <input type="checkbox"/> 司法人員 <input type="checkbox"/> 移民業務人員 <input type="checkbox"/> 其他										
	單位名稱				受理單位是否需回覆通報單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
	姓名	職稱			電話							
受理時間	年	月	日	時	分	通報時間	年	月	日	時	分	
受保護/被害人	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日	身分證統一編號(或護照號碼)				
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民( <input type="checkbox"/> 原籍非本國籍,原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明										
		<input type="checkbox"/> 本國籍原住民( <input type="checkbox"/> 布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 其他)										
		<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他)										
	教育程度： <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳											
	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他)											
	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明(請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷)											
	<input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他)											
	<input type="checkbox"/> 非身心障礙者											
	職業： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳											
戶籍地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號 之 樓												
聯絡地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號 之 樓												
電話：【宅】 【公】 【手機】												
方便聯絡時間： 方便聯繫方式：												
安全聯絡人： 電話： 與受保護(被害)人關係：												
相對人	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日	身分證統一編號(或護照號碼)				
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民( <input type="checkbox"/> 原籍非本國籍,原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明										
		<input type="checkbox"/> 本國籍原住民( <input type="checkbox"/> 布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 其他)										
		<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他)										
	教育程度： <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳											
	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他)											
	<input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他)											
	<input type="checkbox"/> 非身心障礙者											
	職業： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳											
	有無下列情事？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 酗酒 <input type="checkbox"/> 施用毒品 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 不確定											
戶籍地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號 之 樓												
聯絡地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號 之 樓												
電話：【宅】 【公】 【手機】												
其他可聯絡之親友： 電話：												



附件三

密件 請傳 縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話：  
 電子郵件信箱： 傳真：  
 性侵害犯罪事件通報表 自 102.01.01 起適用

通報人	通報單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所及衛生所 <input type="checkbox"/> 衛政 <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 勞政 <input type="checkbox"/> 司(軍)法機關 <input type="checkbox"/> 憲兵隊 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 防治中心 <input type="checkbox"/> 移民業務機關 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 社政(*請註明是否為下列單位： <input type="checkbox"/> 身障福利機構 <input type="checkbox"/> 老人福利機構 <input type="checkbox"/> 兒童少年福利機構 <input type="checkbox"/> 其他機構 ) <input type="checkbox"/> 教育(*請註明是否為下列單位： <input type="checkbox"/> 高級中等以下有提供住宿之學校 <input type="checkbox"/> 其他機構 )					
	通報人員	<input type="checkbox"/> 警事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社工人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 保育人員 <input type="checkbox"/> 勞政人員 <input type="checkbox"/> 司(軍)法人員 <input type="checkbox"/> 憲兵 <input type="checkbox"/> 移民業務人員 <input type="checkbox"/> 其他					
	單位名稱	受理單位是否需回覆通報單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
	姓名	職稱	電話				
	受理時間	年 月 日 時 分	通報時間	年 月 日 時 分			
被害人	姓名	代號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	出生日期	年 月 日	身分證統一編號(或護照號碼)				
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民( <input type="checkbox"/> 原籍非本國籍,原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明					
		<input type="checkbox"/> 本國籍原住民( <input type="checkbox"/> 布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 其他 )					
		<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他 )					
	是否為外籍勞工： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是( <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他 )						
	行業類別： <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 營造業 <input type="checkbox"/> 家庭幫傭 <input type="checkbox"/> 家庭看護 <input type="checkbox"/> 養護機構看護						
	戶籍地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之 樓						
	聯絡地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之 樓						
	電話：【宅】 【公】 【手機】						
<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明_____ (請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷) <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者( <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他 ) <input type="checkbox"/> 非身心障礙者							
職業： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳							
教育程度： <input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳							
兒童或少年之就學狀況： <input type="checkbox"/> 未入學 <input type="checkbox"/> 學前教育 <input type="checkbox"/> 就學中 <input type="checkbox"/> 輟學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 未再升學 就讀學校：							
安全聯絡方式	聯絡人姓名： 電話：【宅】 【公】 【手機】 與被害人關係： 地址：						



<p>嫌疑人</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="252 302 539 376">主嫌疑人姓名</td> <td data-bbox="539 302 592 376">性別</td> <td data-bbox="592 302 715 376"><input type="checkbox"/>男<input type="checkbox"/>女</td> <td data-bbox="715 302 794 376">出生日期</td> <td data-bbox="794 302 954 376">年 月 日</td> <td data-bbox="954 302 1399 376">身分證統一編號 (或護照號碼)</td> </tr> </table> <p>                     嫌疑人數：<input type="checkbox"/>1 人 <input type="checkbox"/>2 人以上(關係類別欄位請填報主嫌疑人資料) <input type="checkbox"/>不確定                      與被害人關係類別：<input type="checkbox"/>配偶 <input type="checkbox"/>前配偶 <input type="checkbox"/>直系親屬 <input type="checkbox"/>旁系親屬 <input type="checkbox"/>家人的朋友 <input type="checkbox"/>客戶關係  <input type="checkbox"/>上司/下屬(含主僱關係) <input type="checkbox"/>未婚夫/妻 <input type="checkbox"/>男/女朋友 <input type="checkbox"/>前男/女朋友  <input type="checkbox"/>普通朋友 <input type="checkbox"/>同事 <input type="checkbox"/>同學 <input type="checkbox"/>網友 <input type="checkbox"/>師生關係 <input type="checkbox"/>鄰居  <input type="checkbox"/>其他(請說明：_____) <input type="checkbox"/>不認識                 </p>	主嫌疑人姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 (或護照號碼)
主嫌疑人姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 (或護照號碼)		
<p>受害經過</p>	<p>                     被害人姓名：                      一、時間(最近一次)：_____年 _____月 _____日 _____時 <input type="checkbox"/>不確定                      二、案發地區：_____縣(市) _____鄉(鎮、市、區)                      三、案發場所：  <input type="checkbox"/>私人場所(<input type="checkbox"/>被害人住所<input type="checkbox"/>加害人住所<input type="checkbox"/>被(加)害人親友住所<input type="checkbox"/>汽車<input type="checkbox"/>旅館房間<input type="checkbox"/>他人住所  <input type="checkbox"/>不詳)  <input type="checkbox"/>非私人場所(<input type="checkbox"/>空屋<input type="checkbox"/>地下室<input type="checkbox"/>頂樓陽台<input type="checkbox"/>電梯<input type="checkbox"/>工地<input type="checkbox"/>停車場<input type="checkbox"/>計程車<input type="checkbox"/>馬路邊<input type="checkbox"/>娛樂場所  <input type="checkbox"/>荒野<input type="checkbox"/>福利機構<input type="checkbox"/>大眾運輸工具<input type="checkbox"/>學校/教室<input type="checkbox"/>宿舍<input type="checkbox"/>公共廁所<input type="checkbox"/>辦公場所  <input type="checkbox"/>工廠<input type="checkbox"/>河/海邊<input type="checkbox"/>其他<input type="checkbox"/>不詳)  <input type="checkbox"/>不詳                      四、案情補充概述(含特別提醒事項)：                 </p>						
<p>已予協助事項</p>	<p> <input type="checkbox"/>無  <input type="checkbox"/>有，已協助事項：  <input type="checkbox"/>驗傷或採證(<input type="checkbox"/>開具驗傷診斷書 <input type="checkbox"/>身體證物採集) <input type="checkbox"/>報案(警察局：_____)  <input type="checkbox"/>陪同偵訊(社工員姓名：_____) <input type="checkbox"/>其他：_____                 </p>						
<p>備註說明</p>	<p>                     一、依性侵害犯罪防治法第 8 條規定，各單位人員受理性侵害事件後必須填寫本通報表，立即通報當地主管機關，至遲不得超過 24 小時。                      二、通報方式以傳真、郵寄或電子郵件為之均可，通報時應注意維護被害人之秘密及隱私，不得洩漏或公開。警政等通報單位如僅填寫被害人代號，應於 3 分鐘內電話告知被害人姓名，如未告知應即將姓名代號對照表以密件遞交。                      三、本通報表除通報當地主管機關外，通報單位需自存乙份。                      四、本通報表若需受理單位回覆處理情形者，請勾選；受理單位責任社工應儘速電話聯繫回覆。                 </p>						

附件四

國民中小學學生保護輔導工作流程圖

