

臺南市政府衛生局醫療爭議調處申請書

一、基本資料

- (1) 當事人姓名_____
- (2) 性別：男 女
- (3) 出生年月日：年 月 日
- (4) 身分證統一編號：
- (5) 住所或居住：_____
- (6) 聯絡電話：(白天) _____ (手機) _____
- (7) 受任人姓名 (非本人時填寫，另需檢具委任書)：_____
- (8) 診斷書或相關證明文件

二、爭議之要點：(申訴之醫療機構名稱：_____；被申訴人姓名_____，職稱醫師護理師物理治療師其他，職稱_____)

醫方關懷 無有非常滿意滿意普通不滿意非常不滿意

三、具體訴求

金錢賠償，金額_____。免費治療。道歉。

其他，_____

中華民國 年 月 日 (本局收件日)