

臺南市政府衛生局醫療爭議調解申請書

申請人姓名		性別	
身分證字號 (居留證、護照)		出生年月日 (民國)	
聯絡電話		聯絡地址	
申請人是否為病人本人？ ☐ 是，本區免填 ☐ 否，關係為 ☐ 繼承人 ☐ 法定代理人 ☐ 委任代理人 ☐ 輔助人 ☐ 醫(護)病關係 ☐ 其他_____			
病人姓名		性別	
身分證字號 (居留證、護照)		出生年月日 (民國)	
聯絡電話		聯絡地址	
是否有委任代理人？ ☐ 是，請填寫本區並檢具委任書及身分證正反面影本 ☐ 否，本區免填			
受任人姓名		性別	
身分證字號 (居留證、護照)		出生年月日 (民國)	
聯絡電話		聯絡地址	
醫療 爭議 相對 人	機構名稱		
	機構地址		
	醫事人員姓名	科別	
醫療爭議發生期間	年 月 日 至 年 月 日		
醫療爭議之事實 (含發生時間、 地點、事實經過 及所受損害等)			

