

臺東縣衛生局受理醫療爭議案件調處事項陳情表

病患姓名		出生年月日		身份證字號	
陳情人姓名		與病患關係		聯絡電話	
聯絡地址					
就醫醫療院所					
事實及理由 (發生時間、 地點及處理 經過)					
希望調處事項					
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 已經訴諸法律途徑			申請人簽名		

申請日期： 年 月 日