

# 臺東縣衛生局受理醫療陳請、爭議案件調處申請表

|                                                                |    |  |       |  |       |  |
|----------------------------------------------------------------|----|--|-------|--|-------|--|
| 病患<br>資料                                                       | 姓名 |  | 身份證字號 |  | 出生年月日 |  |
| 申請<br>人資<br>料                                                  | 姓名 |  | 身份證字號 |  | 與病患關係 |  |
|                                                                | 住址 |  |       |  | 聯絡電話  |  |
| 就醫醫療院所                                                         |    |  |       |  |       |  |
| 事實及理由<br>(發生時間、<br>地點及處理<br>經過)                                |    |  |       |  |       |  |
| 希望調處事項<br>(訴 求)                                                |    |  |       |  |       |  |
| <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