

澎湖縣政府衛生局受理醫療陳請、爭議案件調處申請表

(填寫範例)

病患資料	姓名	鴻大	身份證字號	X123456789	出生年月日	10年1月1日
申請人資料	姓名	鴻大	身份證字號	X123456789	與病患關係	父子
	住址	澎湖縣馬公市中正路3號			聯絡電話	06-9261574 0922456789
就醫醫療院所	0 0 醫院					
事實及理由 (發生時間 地點及處理經過)	(例)病患鴻大於 年 月 日因車禍至00醫院.....					
希望調處事項 (訴求)	(例如)請求醫療費用賠償00元					
已經訴諸法律途徑 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	申請人簽名	鴻大				

申請日期： 106 年 1 月 2 日