

澎湖縣政府衛生局受理醫療陳請、爭議案件調處申請表

病患資料	姓名		身份證字號		出生年月日	
申請人資料	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 (發生時間、地點及處理經過)						
希望調處事項 (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