

# 「臺中市政府衛生局受理醫療糾紛案件調處事項申請表」

臺中市政府衛生局受理醫療糾紛案件調處事項申請表			
病人姓名	病人身分證字號	病人出生年月日	
申請人姓名	申請人與病人關係(如為病人本人則免填寫本欄位)		
代理人姓名	代理人與病人關係(如為病人本人則免填寫本欄位)		
通 訊 地 址		聯絡電話	
就醫之醫療院所名稱、地址及電話			就醫科別
事 實 及 理 由 (含人、事、時、地、物)			
希 望 調 處 事 項(含請求項目)			
<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	同意衛生局將本案轉由相關公會先行調處	
<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	同意衛生局視案情需要調閱病歷(僅供調處委員參考)	
<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	有沒有在別處調處過，若是，地點：_____	
<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	已經訴諸法律途徑	
		簽名	蓋章
申請日期      年      月      日			

★本表將提供給調處委員供參

★本表填寫完畢請直接將正本寄至「420 臺中市豐原區中興路 136 號 臺中市政府衛生局醫事管理科」