

臺北市政府衛生局醫療爭議調解申請書（病方專用）

申請人姓名		性別	
身分證字號		出生年月日	
聯絡電話		聯絡地址	

申請人是否為病人本人？

是，本區免填

否，關係為 繼承人 法定代理人 委任代理人 輔助人 其他_____

病人姓名		性別	
身分證字號		出生年月日	

是否有委任代理人？ 是，請填寫本區並檢具委任書 否，本區免填

受任人姓名		性別	
聯絡電話		聯絡地址	

醫療 爭議 相對 人	機構名稱	
	機構地址	
	醫事人員姓名	

醫療爭議發生期間	
----------	--

<p>醫療爭議之事實 (含發生時間、 地點、事實經過 及所受損害等)</p>	
--	--

