

## 臺北市政府衛生局醫療爭議調解申請書（醫事人員專用）

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	
所屬機構名稱		機構負責人	
機構地址			
是否有委任代理人？ <input type="checkbox"/> 是，請填寫本區並檢具委任書 <input type="checkbox"/> 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	病人姓名	性別	
	身分證字號	出生年月日	
	代理人姓名	<input type="checkbox"/> 病人無代理人者免填	
	聯絡電話	聯絡地址	
醫療爭議發生期間			
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>請求調解事項 (具體訴求)</p>	
<p>是否有其他 進行中 或已完成之程序</p>	<p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有：  <input type="checkbox"/>本件現正在                    地檢署偵辦中，案號：  <input type="checkbox"/>本件現正在                    法院審理中，案號：  <input type="checkbox"/>已和解</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>民事 <input type="checkbox"/>刑事</p>
<p>申請人 檢附資料</p>	<p><input type="checkbox"/>委任書 <input type="checkbox"/>身分關係證明文件 <input type="checkbox"/>其他_____</p>
<p>此致</p> <p style="text-align: center;">臺北市政府衛生局醫療爭議調解會</p> <p style="text-align: center;">中華民國    年    月    日</p> <p style="text-align: center;">申請人                    (簽名或蓋章)</p>	

注意事項：

1. 申請書應以中文繕具，其附有外文資料者，應就調解有關之部分備具中文譯本。但調解會得視需要通知其檢具其他部分之中文譯本。
2. 提交調解申請書時，應按相對人人數提出繕本。
3. 當事人指與醫療爭議有關之醫事人員、醫事機構、病人或其他依法得提起訴訟之人。
4. 有法定代理人或代理人者，應記明其姓名、出生年月日、身分證字號、聯絡地址；代理人應一併提出委任書。
5. 有利害關係之第三人參加者，應記明其姓名、出生年月日、身分證明文件字號、聯絡地址。
6. 「請求調解事項」部分應摘要記明雙方爭議之具體請求之內容。
7. 「醫療爭議事實」部分應摘要記明醫療爭議之發生過程（含發生時間、發生地點、事實經過及所受損害等）。
8. 「醫療爭議及相關資料」部分應記載本件事實及具體請求之證據資料，並編號檢附之。
9. 本爭議案件基於行政調查之必要，將隨公文全卷提供相對人回复說明。
10. 醫療爭議調解程序以不公開為原則，會場禁止錄音、錄影或攝影。