高雄市政府衛生局醫療爭議調處申請表

申請人姓名				身分證字號	
通訊住址				聯絡電話	
病患姓名				與申請人關係	
病患性別		病患出生日期		身分證字號	
調處對象（醫療院所名稱）					
醫療院所住址					
醫方爭議關係醫事人員姓名					
醫療爭議日期					
醫療爭議過程簡述（包含治療前後情況差異、醫療過程、治療前醫方之告知等）					
具體訴求					
是否已與醫療院所調處	是□　否□				
先行與醫療院所協調意願	□有意願 □無意願				
申請人檢附資料	□ 診斷證明書　□病歷影本　□ 醫療費用名細□X 光片、相關檢驗資料　□用藥名細 □ 其他 □委請衛生局調閱病歷　　具結人簽名：				
醫療機構是否提供關懷服務	是□，接受關懷滿意度:□非常滿意□滿意□普通□不滿意□非常不滿意 否□				
備註	**□我已瞭解上述「調處作業流程」及「申訴注意事項」，若有補充說明請描述** _____ **我可以出席之時間:** **1.　年　月　日上下午　時　　3.　年　月　日上下午　時** **2.　年　月　日上下午　時　　4.　年　月　日上下午　時** **申請人：　　簽章　　申請日期：　年　月　日**				

委　　任　　書

稱謂	姓名〈或名稱〉	性別	出生日期	國民身分證統一編號	職業	住所或居所〈事務所或營業所〉
委任人						
受任人						

茲因與　　間　　醫療爭議調處事件，

委任　　為代理人，有代為一切調處行為之權，

並有同意調處條件、撤回、捨棄或選任代理人等特別代理權。

此致

高雄市政府衛生局

委任人：　　〈簽名或蓋章〉

受任人：　　〈簽名或蓋章〉

中華民國　　年　　月　　日