澎湖縣醫療爭議調解申請書

依據衛生福利部 113 年 1 月 12 日衛部字第 1131660122 號公告範本製作

稱謂	姓名 /機構	性 別	出生年 月日	身分證明 文件字號 或統一編號	住(居)所、事務所或營 業所	連絡電話	與病人 之關係
當事人							
☐ 法定代理人 ☐ 委任代理人 (*委任代理人 應檢附委任書)		/					
☐ 輔助人 (*病人為受輔 助宣告者必填)		/					
相對人 ☐ 醫療(事)機構 ☐ 醫事人員		/					/
利害關係 第三人		/					/
(本件現正在 _____ 法院審理中，案號如下： _____) (本件現正在 _____ 地檢署偵辦中，案號如下： _____)							
醫療爭議事實	(含發生時間、發生地點、事實經過及所受損害等)						
請求調解事項 (具體訴求)	☐ 金錢補償： _____ ☐ 給予治療： _____ ☐ 減免醫療費用： _____ ☐ 道歉(無金額補償)： _____ ☐ 醫療說明： _____ ☐ 其他： _____						