

高雄市政府醫療爭議調解申請書

-醫療(事)機構暨醫事人員

稱謂	機構名稱/姓名	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	負責人 (當事人為醫療機構時必填)
當事人 <input type="checkbox"/> 醫療(事)機構 <input type="checkbox"/> 醫事人員							
<input type="checkbox"/> 委任代理人 (*委任代理人應檢附委任書)							
相對人 (病人姓名)							
<input type="checkbox"/> 輔助人 (若病人為受輔助宣告者，需經輔助人同意始得調解)							
<input type="checkbox"/> 利害關係第三人							
醫療爭議日期							
醫療爭議事實							

