

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							

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.申請調解時，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、身分證明文件字號、住所或居所；代理人應一併提出委任書。
- 5.有輔助人者，應記明其姓名、出生年月日、身分證明文件字號、住所或居所。
(若相對人為受輔助宣告者，經輔助人同意後，調解會始得受理調解。)
- 6.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、住所或居所。
- 7.「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。
- 8.「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)。
- 9.「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。