

醫療爭議調處撤案申請書

本人_____於____年____月____日向貴局書面申請與
_____ (醫療機構名稱)之醫療爭議調處案，因
_____ (事由)，以此書面通知貴局撤銷本案之
申請。

此致

桃園市政府衛生局

申請人：_____ 蓋章：

聯絡電話：_____

地址：_____

檢附身分證正反面影本

撤案申請日期：____年____月____日