

桃園市政府醫療爭議調解申請書

稱謂	姓名 或名稱	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	與病人 之關係
當事人								
法定代理人 或 委任代理人		/						
輔助人		/						
相對人		/					/	/
利害關係 第三人		/					/	/
請求調解事項	(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、事件經過、所受損害，如欄位空間不足，可另於 A4紙張填寫，附於申請書後)								

