

南投縣醫療爭議調解申請書

依衛生福利部 113 年 1 月 12 日衛部字第 1131660122 號公告辦理
113 年 5 月 21 日修訂

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 <small>當事人為醫療機構</small>	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								
(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	 (如本欄位不足可自行於後補充)							
請求調解事項 (具體訴求)	<input type="checkbox"/> 金錢補償： _____ <input type="checkbox"/> 給予治療： _____ <input type="checkbox"/> 減免醫療費用： _____ <input type="checkbox"/> 道歉(無金額補償)： _____ <input type="checkbox"/> 醫療說明： _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____							

嚴重智能障礙或精神疾病等，可先聲請法院對其為監護之宣告後，由法定代理人申請。

12. 死亡案件請填寫繼承系統表，供調解會確認有損害賠償請求權之人，並通知名冊上之人員參加調解。

依衛生福利部 113 年 1 月 12 日衛部字第 1131660122 號公告辦理
113 年 5 月 10 日修訂

委 任 書

稱謂	姓名	出生年月日	身分證明文件字號 或統一編號	職業	住所或居所 (事務所或營業所)	連絡電話
委任人						
受任人						

茲因與_____間之醫療爭議調解事件，委任_____為代理人，有為一切訴訟行為之權，並有民事訴訟法第七十條第一項但書及同條第二項所列各行為之特別代理權，依同法第六十九條第一項前段規定，提出委任書。

此 致

南投縣政府 醫療爭議調解會

委任人： (簽名或蓋章)

(委任人以簽名方式為委任者，請親自簽名，受任人勿代為簽名)

受任人：

(簽名或蓋章)

中華民國

年

月

日

撤案申請書

本人 前於 年 月 日向貴會書

面申請有關 與 間之醫療爭議調解一

案，因

已雙方自行和解

其他原因：_____

無須繼續辦理調解，以此書面請貴局撤銷本案調解申請。

此致

南投縣政府 醫療爭議調解會

申請人：

(簽名或蓋章)

中 華 民 國

年

月

日