

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

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								
請求調解事 項	<p>(本件現正在 法院審理中，案號如下：)</p> <p>(本件現正在 地檢署偵辦中，案號如下：)</p>							
醫療爭議事 實								

醫療爭議相關文件、資料		
是否曾經申請醫事專業諮詢		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<p>此致</p> <p style="text-align: center;">南投縣政府醫療爭議調解會</p> <p style="text-align: right;">中華民國 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請人 (簽名或蓋章)</p>	

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. 申請調解書時，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。
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。

委 任 書

南投縣醫療爭議調解會 113 年度_____調字第_____號

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
(委任期間為○○○年○○月○○日至○○○年○○月○○日)，有代理為一切調解行為之權，並
有／無 撤回調解之特別代理權。

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