

# 水里鄉衛生所民眾陳情/抱怨申請表

年 月 日

姓名		身分證字號		性別	
年齡		電話		電子郵件	
住址					
民眾抱怨事項：					
本所處理情形：					
您的建議：					

感謝您對本所的期許，我們將竭盡所能讓民眾對本所的服務品質感到滿意。

FAX:049-2770718