

宜蘭縣醫師公會 會員醫糾協助申請表

(a8991229@ms43.hinet.net 、 O : 03-9356514 、 9362514 、 F : 9328514 、 行電 : 0972122782)

申請日期：_____年 _____月 _____日 _____時 _____分

申請單位：_____ 會員姓名：_____

聯絡人/職稱：_____ 電話/手機：_____

E - MAIL : _____

受理日期：1、_____ 2、_____ 3、_____

地點：公會辦公地點 執業院所地點 公會協尋

請 詳 述 爭 議 原 因

爭議代表姓名：_____ 電話/手機：_____

協助結論：

結案日期：_____年 _____月 _____日