填報日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 臺中市石岡衛生所申訴、陳情處理表單 | | |
| □一般事項 □看診相關 | | |
| 陳情人姓名： | | 聯絡電話： |
| 住址： | | |
| 內容 | 一、投訴地點： | |
|  | |
|  | |
| 二、投訴對象： | |
|  | |
|  | |
| 三、情形描述： | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 四、處理要求： | |
|  | |
|  | |
| 五、希望回覆方式： | |
|  | |
|  | |
| 注意  事項 | 一、請提報人務必留下正確資料，以利作業。  二、投訴內容請具體表達，若投訴案件無具體內容或未具真實姓名或住址者，依「行政程序法」、「行政院暨所屬各機關處理人民陳情案件要點」及「台中市政府及所屬機關處理人民陳情案件作業要點」等之規定，得不予處理。  三、有關案件處理完成後，希望採取何種方式回覆（1）發文答覆（2）電子郵件告知。（請提報人務必註明），若要求電子郵件告知；請註明您的電子郵件地址。  四、表單可自行下載填寫後逕寄至衛生所（地址：台中市石岡區石岡街6號），我們將竭誠為您服務。 | |