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。