

彰化縣醫療爭議調解申請書

114.11.21 版

稱謂	姓名 或名稱	性別	出生 年月日	身分證號 或統一編號	住(居)所、事務所 或營業所	連絡 電話	負責人 當事人為醫療機構	與病人 之關係
申請人								
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(具體請求)	(本件現正在 法院審理中，案號如下：) ☐ 無 (本件現正在 地檢署偵辦中，案號如下：) ☐ 無							
醫療爭議事實(含發生時間、發生地點、事實經過及所受損害等)	病人姓名： 身分證字號：							

繼承系統表

本系統表係_____（被繼承人姓名）繼承系統表無訛，系統表係參酌民法第一一三八條至第一一四四條之規定據實填載，如有虛偽不實足生損害於公眾或他人時，申請人願負責任。

被繼承人	姓名：		配 偶	
	年 月 日 出生	年 月 日 死亡		
繼承人繼承順位（民法第1138條）	直系血親卑親屬（第一順位）	子女		
		孫 外孫 子女		
		曾 孫 外曾孫 子女		
	父母 （第二順位）			
	兄弟姊妹 （第三順位）			
	祖父母 （第四順位）			

- 註：一、應檢附被繼承人除戶戶籍謄本及繼承人三個月內戶籍謄本。
 二、各繼承人不論死亡或拋棄繼承與否均須列入，並檢附死亡或拋棄繼承之證明文件。
 三、繼承人已死亡者，應加註「○年○月○日死亡」字樣。
 四、第一順位各繼承人應加註「○年○月○日出生」字樣。
 五、繼承人戶籍地址（或送達地址）詳如繼承人名冊。

申請人：（簽章）

中 華 民 國 年 月 日

繼承人名冊

編號	姓名	國民身分證 統一編號	出生年 月日	性別	戶籍地址 (或送達地址)	連絡電話
1						
2						
3						
4						
5						
6						

本表不足填寫請自行增列

委 任 書

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)，有為一切訴訟行為之權，並有民事訴訟法第七十條第一項但書及同條第二項所列各行為之特別代理權，依同法第六十九條第一項前段規定，提出委任書。

此 致

彰化縣醫療爭議調解會

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

