**山西省医疗纠纷人民调解委员会**

**医疗纠纷调解申请书（医方）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请医院** | ${hospital} | **代理人** | ${agent} | **电话** | ${phone} |
| **患者姓名** | ${patientName} | **性 别** | ${sex} | **年龄** | ${age} |
| **纠纷概要：**  ${jfgy} | | | | | |
| **人民调解委员会已将申请人民调解的相关规定告知我，现自愿申请人民调解会进行调解。**  **申请人签字：**  **年 月 日** | | | | | |

**山西省医疗纠纷人民调解委员会 制 表**