**山西省医疗纠纷人民调解委员会**

**医疗纠纷调解申请书（患方）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人** | ${sqr} | **与患者关系** | ${yhzgx} | **电话** | **${phone}** |
| **患者姓名** | ${name} | **性 别** | ${sex} | **年龄** | ${sex} |
| **涉及医院** | ${hospital} | | | | |
| **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： | | | | | |

**山西省医疗纠纷人民调解委员会 制 表**