|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **顧 客 意 見 反 應 單** | | | |
| 反應日期： 年 月 日 編號： | | | |
| 發生時間 | 年 月 日 時 | 事件屬性 | □肯定 □建議 □諮詢  □抱怨/申訴/陳情 □其他 |
| 發生地點 |  | 反應對象 |  |
| 接案人 | 單位: 姓名: |
| 您的姓名 |  | 填寫者 | □本人 □家屬/朋友 □其他  填寫者非事件發生本人請填寫  實際發生者姓名: |
| 聯絡電話 | 住家： | | |
| 手機： | | |
| 聯絡住址 |  | | |
| E-mail |  | | |
| 事件過程或建議事項 | | | |
| 請詳細填寫人、事、時、地、物及事件發生過程，讓我們能為您所陳述的事項做最即時的處理 | | | |
|  | | | |
| 您需要的  回覆方式 | □醫院決定  □否，不需要  □是，要回覆(回覆方式：□電話 □手機 □E-mail □地址) | | |
| 方便  聯絡時間 | □皆可  □時間 | | |