

# 意見表

案號:\_\_\_\_\_

您好!首先感謝您利用這份意見表與我們溝通，您的寶貴意見，都是我們最佳的成長機會。  
更希望藉由您的參與能夠共同營造一個以病人為中心的醫療環境。謝謝!!

怡和醫院敬上

註:填寫完後 請就近投入意見箱中獲利用傳真專線(02))22473652

|                                                              |                                          |                                                                                                                                               |    |      |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| 填<br>寫<br>欄                                                  | 1.事件發生時間                                 | 年    月    日 (上、下午 _____時_____分)                                                                                                               |    |      |
|                                                              | 2. 事件發生地點                                |                                                                                                                                               |    |      |
|                                                              | 3.建言內容<br>(請具體陳述)                        |                                                                                                                                               |    |      |
|                                                              | 4.您的基本資料<br>(如果您填寫此單<br>將盡快與您連<br>絡)。謝謝! | 姓名:_____<br>性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女          年齡:_____<br>地址:_____<br>連絡電話:(日)_____ (夜)_____<br>E-MAIL:_____ |    |      |
|                                                              | 5.填寫日期                                   | 年    月    日                                                                                                                                   |    |      |
| 院<br>方<br>處<br>理<br>:<br><br>三<br>日<br>內<br>須<br>回<br>覆<br>者 |                                          |                                                                                                                                               |    |      |
| 院長                                                           |                                          | 副院長                                                                                                                                           | 主管 | 會辦單位 |
|                                                              |                                          |                                                                                                                                               |    |      |

結案日期:        年    月    日