

# 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!!

中英醫療社團法人中英醫院敬上

註:填寫完後 請就近投入意見箱中獲利用傳真專線(02)22580986

填     寫     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 (請具體陳述)			
	4. 您的基本資料 (如果您填寫此單 將盡快與您連 絡)。謝謝!	姓名: _____ 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女          年齡: _____  地址: _____ 連絡電話:(日)_____ (夜)_____ E-MAIL: _____		
	5. 填寫日期	年    月    日		
院 方 處 理 : 三 日 內 須 回 覆 者				
<b>院長</b>		<b>副院長</b>	<b>主管</b>	<b>會辦單位</b>

結案日期:    年    月    日