

開蘭安心診所 社區整合型服務中心(A單位)

意見反應或服務申訴表

- 1、 申訴日期:_____年_____月_____日
- 2、 類別: ☐投訴 ☐建議 ☐其他_____
- 3、 身份: ☐個案本人 ☐個案家屬 ☐簽署合作單位 ☐其他

申訴人基本資料					
姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	電話	
地址					
申訴次數	☐ 第一次 ☐ 第二次 ☐ 其他				
申訴事件					
發生日期	年 月 日 點 分				
事件簡述 與期待					

備註:

1. 接獲並確認申訴原因, 於24小時內與申訴者聯繫, 瞭解反應發生之經過。

2. 七天內回覆後續處理方式給申訴人，若單位無法處理，將轉至宜蘭縣長期照護服務管理所辦理。

申訴管道

1. 紙本：宜蘭市神農路一段97號 開蘭安心診所收
2. 電話：診所03-9311230、長照所03-9359990
3. 信箱：本診所：ipa3534012062@gmail.com

長照所：<https://ltc.ilshb.gov.tw/contact>