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

申訴日期:______年_____月____日

2、 類別:□投訴 □建議 □其他______

1,

之經過。

| 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 | | | 4 | 生別 | _ <u>5</u> | 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

 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