**天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院**

107.7訂制

109.03修改

110.01修改

 **社區整合型服務中心(A單位)** **意見反應或服務申訴表**

一、我要 □稱讚 □投訴 □建議□其他：

二、我是 □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 |  | 身分證字號 |  |
| 聯絡電話 |  |  地址 |  |
| 事件發生日期 | 　　年　　月　 　日  | 是否曾經申訴 | □否 □是： 　 年 　　月 |
| 聯絡人/代理人基本資料(無則免填) |
| 姓名 |  | 性別 |  |  與申訴人關係 |  |
| 聯絡電話 |  | 地址 |  |
| 意見反應或服務申訴事件簡述與期待 |  |

◆備註：

1.接獲並確認申訴原因，於**24小時內**與反應者聯繫，了解並澄清所反應之事項。

2. **七天內**回復後續反應人處理方式。若單位無法處理，將轉至宜蘭縣長期照護服務管理所處理。

◆申訴管道:

1. 紙本寄送地址：宜蘭縣羅東鎮中正南路160號長照部收。
2. 羅東聖母醫院信箱: smh07441@smh.org.tw
3. 羅東聖母醫院傳真: (03)9544126
4. 羅東聖母醫院長照部專線: 03-9698132。