

醫療暴力案件通報單

醫院名稱：

司法警察機關：

填表人：

聯絡電話：

發生日期			
發生時間			
發生地點			
案件簡述			
嫌疑人姓名、年籍、身分證統一編號			
嫌疑人是否遭到逮捕	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	醫療器材毀損？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
醫護人員受傷？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	妨礙醫療業務執行？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
備註			
已向警察機關報案？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 受理的警察機關：		

1. 通報方式：傳真 2751383(嘉義地檢署法警室)
2. 法警室聯繫窗口：(05)2782601 轉 103 或 104
3. 通報縣市政府衛生局。