

民眾權益申訴單

社團法人苗栗縣脊髓損傷者協會承辦

接案日期: 年 月 日

姓名:	申訴方式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 郵件 <input type="checkbox"/> 官方網站 <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> FB 粉絲專頁 <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> 其他 _____
聯絡電話:	回覆方式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 郵件 <input type="checkbox"/> 官方網站 <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> FB 粉絲專頁 <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> 無須回覆 <input type="checkbox"/> 其他 _____
聯絡地址:		
E-mail:	LINE ID:	
民眾申訴內容:		

以下內容由輔具中心接案人員填寫

輔具中心人員處理過程(此欄說明含處理人員姓名、職稱和對民眾申訴問題處理情況):

回覆民眾申訴內容：

民眾接受申訴回覆後表達之意見或其他反饋：

接案人員：

處理人員：

組長：

主任：

完成日期：

年

月

日