**臺東縣輔具暨生活重建中心**

附件五

**申訴書**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申訴人姓名 |  | 身份證字號 |  |
| 性別 | □男 □女 □跨性別 | 聯絡電話 |  |
| 聯絡地址 |  | | |
| 申訴事件  發生時間 | 年 月 日 時 | 申訴事件  發生地點 |  |
| 申訴方式 | □電話 □傳真 □e-mail □官方網站 □書面或郵寄 □其他 | | |
| 申訴事由 |  | | |
| 佐證資料 | □無  □有，請說明: | | |
| 期待與訴求 |  | | |
| 以上申請申訴案件內容屬實：申請人(簽名或蓋章)  代理人(簽名或蓋章) | | | |

附件六

|  |  |
| --- | --- |
| 申訴案件答覆書 | |
| 調查結果  說明 |  |
| 中心處置/改善措施 |  |
| 回覆日期： | |