



投訴表

投訴人資訊

姓名：

電話：

信箱：

中醫師（被投訴人）資訊

中醫師姓名：

CMC 註冊號：

診所名稱：

診所位址：

投訴事項

發生日期：

事件：



事件經過

請描述事件詳情：

申明

我確認以上資訊屬實。

簽字：

日期：