**臺南市醫療爭議調解「法律專家」基本資料調查表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號**  (與名冊相同) |  | **姓名** |  | **出生年**  **月日** | 年 月 日 |
| **性 別** | □男 □女 □其他 | | | **現職單位** |  |
| **科別** |  | | | **職稱** |  |
| **最高學歷** |  | | | **手機號碼** |  |
| **通訊地址** |  | | | **聯絡電話** |  |
| **E-mail** |  | | | **Line ID** |  |
| **專長** |  | | | **經驗(年)** |  |
| **經歷** | **(備註：最多提供5項重要經歷)** | | | | |
| **推薦單位** | □臺灣臺南地方法院□臺灣高等法院臺南分院 □臺灣臺南地方檢察署□臺灣高等檢察署□社團法人台南律師公會□財團法人藥害救濟基金會□臺南市政府衛生局□其他；說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **專家資格** | □(必要)經本市該領域執業公會或地方法院或地方檢察署或藥害救濟基金會或臺南市政府衛生局推薦。  □(其他)具有調處(解)經驗3年以上。  **備註：1.可複選 2.資格條件需具必要條件** | | | | |
| **參與調解** | □願意□不願意接受臺南市政府衛生局敬邀醫療或醫事爭議調解相關議題講師 | | | | |
| 本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(親簽)  已確認並同意提供以上資料予臺南市政府衛生局，依**醫療事故預防及爭議處理法第12條第1項**規定，籌組「臺南市醫療爭議調解會」擔任委員；或**接受臺南市政府衛生局邀請**，處理醫療或醫事相關醫療爭議案件的委員  中華民國\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日 | | | | | |