**宜蘭縣頭城鎮衛生所社區整合型服務中心(A單位)**

**申訴意見單**

親愛的來賓您好：

首先感謝您願意花時間留下寶貴意見，您的意見都是我們進步的動力！請您務必留下聯絡方式及詳細過程，讓我們能針對問題予以回覆，再次感謝您的支持與指教。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 填寫人 |  | | 填寫日期 |  |
| 反映類別 | □申訴 □建議 | | | |
| 反映單位 | 頭城鎮衛生所A單位 | | | |
| 聯絡方式 | 電話 |  | | |
| e-mail |  | | |
| 住址 |  | | |
| 說明反映內容 |  | | | |
| (本意見單填妥後請投入意見箱即可，謝謝！) | | | |

受理申訴專線：03-9771034 電子信箱：toh-ylh@mail.e-land.gov.tw