

## 医療事故調停申立書(医療機関側)

札幌弁護士会紛争解決センター 御中

年 (札紛)第 号 (医第 号)

申立年月日 年 月 日	
申立人	住所(〒 - ) TEL ( ) -
	氏名(法人名・代表者名) 印
	職業 年齢
代理人	住所 〒 TEL ( ) - 氏名
相手方	住所 〒 TEL ( ) - 氏名 職業 年齢 *相手方が複数いる場合には、別紙をご利用下さい。
添付書類 <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 患者・全法定相続人の戸籍・除籍謄本等(患者死亡の場合) <input type="checkbox"/> 証拠書類 通	







