

臺灣屏東地方檢察署受理醫療暴力案件通報單					
通報日期： 年 月 日 時 分		通報人姓名： 通報人之聯絡電話：			
通報醫院或診所名稱：		地址：			
是否已向司法警察機關報案：是（ ）如是，受理單位為何？報案時間？ 否（ ）					
犯罪事實概述：（請將行為人、事、時、地、物概述在內） 					
備註：通報案件以構成醫療法第 106 條之犯罪行為或其他重大情事有即時通報必要之案件為主 （醫療法第 106 條之規定詳通報單背面）					
本件醫療院所執行通報專責人員：	1. 姓名	2. 職稱	3. 連絡電話	4. 備註	
有無錄影	有（ ） 請一併保存	無（ ）	有無毀損醫療設備	有（ ） 請檢附照片	無（ ）
值班法警	內勤檢察官	值星主任檢察官	檢察長		承辦檢察官

分案後請承辦股將通報單影送法警室留存備查。