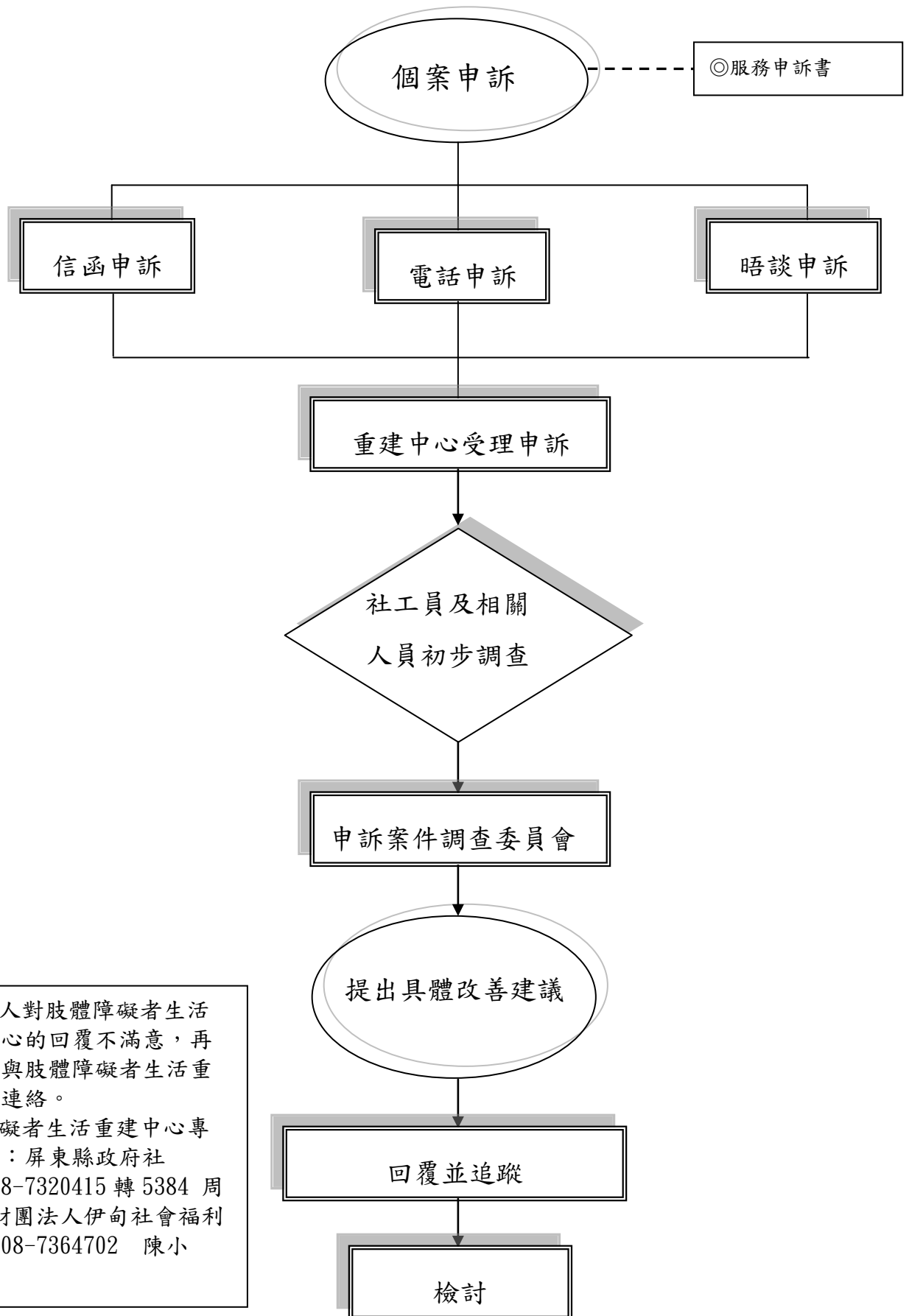


屏東縣肢體障礙者生活重建中心 個案申訴案件處理流程



屏東縣「肢體障礙者生活重建」服務申訴書

申訴人姓名		身分證號碼	
出生年月日		電話：	
居住地址			
代理人姓名	(無代理人者免填)		
出生年月日		身分證號碼	
居住地址			電話：
壹、申訴之事實及理由：			
貳、希望獲得之具體補救：			
申訴人			(簽名或蓋章)
代理人			(簽名或蓋章)
中 華 民 國 年 月 日			