

佛蒙特州卫生局医疗实践委员会
108 Cherry Street, PO Box 70
Burlington, VT 05402-0070
(802) 657-4220

投诉表

请用印刷体填写

您的个人信息:

姓氏 _____ 名字 _____

街道地址 _____

城市、州和邮政编码 _____

办公/白天联系电话 _____ 手机/家庭电话 _____

电子邮件 _____

投诉对象:

医师 (MD) _____

医师助理 (PA) _____

足病诊疗师 (DPM) _____

医师、医师助理或足病诊疗师的全名:

医疗保健机构名称 (如果知道) _____

地址 _____

城市、州和邮政编码 _____

医师、医师助理或足病诊疗师的办公电话 _____

投诉性质: 请具体描述您对该专业人员提出投诉的性质。如有必要, 请使用背面的空白处和添加额外纸张。

请翻到背面继续填写

