

佛蒙特州衛生部醫療執業委員會
108 Cherry Street, PO Box 70
Burlington, VT 05402-0070
(802) 657-4220

投訴表格

請打印

您的資料：

姓氏_____ 名字_____

街道地址_____

城市、州、郵遞區號_____

業務/白天電話_____ 手機/家庭電話_____

電子郵件_____

本次投訴關於：

醫師 (MD) _____

醫師助理 (PA) _____

足科醫師 (DPM) _____

醫師、醫師助理或足科醫師的全名：

醫療機構名稱 (如果已知) _____

地址 _____

城市、州、郵遞區號 _____

醫師、醫師助理或足科醫師的業務電話 _____

投訴性質： 請詳細描述您對該專業人員的投訴性質。如有需要，請使用背面和額外的紙張。

請翻過來填寫另一面

