【医療書式２－②】

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

平成　　年　　(札紛)第　　号　(医第　号)

申立年月日　平成　　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	□　紹介状　□　資格証明書　□　委任状 □　患者・全法定相続人の戸籍・除籍謄本等(患者死亡の場合) □　証拠書類　　通

１．申立ての趣旨（相手方に求める結論）
２．事故発生年月日 昭和・平成　　年　　月　　日
３．相手方が問題としている医療行為(担当した医師名・看護師名・診療科目を明記して下さい。)

４．相手方が主張している被害結果・後遺障害の有無等

５．相手方との事前交渉の有無・内容

６．紛争の概要
(申立人が主張する医療事故の概要を時間の流れに沿って、簡潔・明瞭に記載して下さい。なお、この申立書は相手方にも写しを送付することにご留意下さい。)

年月日	事　　実

年月日	事　　実

※　上記枠内に記載しきれない場合には、適宜、別紙をご利用下さい。