|  |
| --- |
| **｢花蓮縣視覺功能障礙者生活重建｣服務申訴書** |
| **申訴人姓名** |  | **身份證字號** |  |
| **出生日期** |  | **連絡電話** |  |
| **居住地址** |  |
| **代理人姓名** |  | **（無代理人者免填）** |
| **出生日期** |  | **身份證字號** |  |
| **居住地址** |  | **連絡電話** |  |
| **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** |