



病人/ 訪客 報告

- 表揚
 意見/提供資料
 投訴
 其他

電話: 510-428-3885 X5483

傳真: 510-597-7029

電郵: patient.relations@ucsf.edu

今日日期 _____ 您的姓名 (若不是病人) _____

病人姓名 _____ 您和病人的關係: 本人 家屬 朋友 其他

病人出生日期 _____ 有關部門 _____

病人電話號碼 _____ 住院病人地點 _____

病人地址 _____ 地點: 醫院 Oakland門診部 Walnut Creek門診部或其他

_____ 電郵地址 _____

事件日期 _____

請告訴我們發生的事情或提出改善的意見:

請告訴我們您的要求:

(可使用後面繼續書寫)

發信人: _____

UCSF Benioff Children's Hospital Oakland
 Patient Relations Department (病人關係部)
 747 52nd Street, Oakland, CA 94609