**科室首诉负责登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 投诉人姓名： | 患者姓名： |
| 联系电话： | 被投诉人： |
| 投诉时间： | 首诉接待人： |
| 投诉内容： | |
| 调查情况： | |
| 反馈情况： | |
| 改进措施： | |