



耆暉家庭醫療中心投訴表格

日期: _____

耆暉家庭醫療中心一向致力提升服務質素，若擬向本家庭醫療中心有關服務不滿而作出投訴，請填妥本表格，可有助處理投訴。

- 投訴人資料: _____ * 請刪去不適用者
姓名: _____ (*先生/太太/女士)

適用於辦公時間內之聯絡電話號碼: _____

電郵地址: _____

- 投訴/不滿服務日期及時間: _____
- 投訴/不滿服務地點 (*請刪去不適用者): * 士嘉堡醫療中心/ * 烈治文山醫療中心/ *其他

- 投訴內容? 請具體說明所有不滿事項。

(如上欄位置不足夠，請另行在白紙上繼續填寫，然後連同本表格一併遞交)

- 本家庭醫療中心之職員/誰 接獲閣下的投訴或不滿?

請填妥本表格並親臨士嘉堡或烈治文山耆暉家庭醫療中心大堂接待處的收集箱遞交或寄回:

**2/F1., 300 Silver Star Boulevard,
Scarborough, Ontario, Canada M1V 0G2**

以傳真傳送: (905) 695-0826

以電郵傳送: info.fht@carefirstfht.com

如有查詢，請致電: (416) 502-2029 士嘉堡 / (905) 695-1133 烈治文山