**健保特約藥局申訴案件名單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **項次** | **日期** | **藥局名稱** | **申訴事宜(請概述)** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |

註：如版面不足請自行增加項次。

回覆單位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫師公會