

聲請停止緊急安置或強制住院(公益團體)

家事聲請狀			
案 號	年度	字第	號 承辦股別
訴訟標的 金額或價額	新臺幣 元		
稱 謂	姓名或名稱	依序填寫：國民身分證統一編號或營利事業統一編號、性別、出生年月日、職業、住居所、就業處所、公務所、事務所或營業所、郵遞區號、電話、傳真、電子郵件位址、指定送達代收人及其送達處所。	
聲 請 人 法定代理人		國民身分證統一編號（或營利事業統一編號）： 性別：男／女 生日： 職業： 住： 郵遞區號： 電話： 傳真： 電子郵件位址： 送達代收人： 送達處所：	
相 對 人 法定代理人	高雄市政府	設： 住：同上	
關 係 人 法定代理人	緊急安置或強制住 院醫療機構	設： 住：同上	

