**利害關係人申請公職人員迴避申請書**

個人使用

|  |
| --- |
| 申請人 |
| 姓名 |  | 出生年月日 |  |
| 身分證明文件字號 |  |
| 聯 絡 地 址 |  |
| 聯絡電話 |  |
| 被申請迴避公職人員 |
| 姓名 |  | 服務機關團體 |  |
| 應迴避事項及理由 |
|  |
| 利害關係之所在 |  |
| 受理申請之機關團體 | **衛生福利部食品藥物管理署** |
| 申請日期 |  |

**申請人：** （簽名或蓋章）