**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）