

個人使用

利害關係人申請公職人員迴避申請書

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）