# 申請單位聲明書

填報日期：中華民國　　　年　　月　　日

申請單位全銜：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申請單位統一編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

補助案件(計畫)名稱：\_\_\_\_失智照護服務計畫

茲向 花蓮縣政府衛生局 聲明如下：

本申請單位（□是□否）為公職人員利益衝突迴避法第2條、第3條所稱公職人員或其關係人。

|  |
| --- |
| 請加蓋機關團體  （印信） |

＊勾選「是」者，應填「公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身分關係揭露表」，未揭露者違反公職人員利益衝突迴避法第18條第3項規定，將處以罰鍰。(相關法條請參閱該揭露表)

此致

花蓮縣政府衛生局

經辦人：　　　　　　　　　　　　（簽名或蓋章）

負責人： （簽名或蓋章）