



附件二 ○○○民眾檢舉衛生違規案件紀錄表

○○○民眾檢舉衛生違規案件紀錄表				
<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 傳真 <input type="checkbox"/> 信件 填表單位：_____				
檢舉人 資料	姓 名		獎 金	<input type="checkbox"/> 領取 <input type="checkbox"/> 不領取
	身分證字號		聯絡電話	
	聯 絡 地 址		出生年月日	
	電子信箱		傳 真	
檢舉時間	年 月 日 時 分		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
檢舉項目	<input type="checkbox"/> 藥物 <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 健康食品 <input type="checkbox"/> 化粧品 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）			
檢舉內容	<div style="height: 200px; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 紀錄人：_____（簽章） 檢舉人：_____（簽章） </div>			
備註	1. 本檢舉案如核屬實，將依規定發予獎金。 2. 檢舉時應檢附相關資料，詳見檢舉違反衛生管理不法藥物食品化粧品法規案件獎勵辦法及領取流程。 3. 通知補繳檢舉資料，未於通知函到達七日內補齊者，視為放棄。 4. 依規定核發之獎金，經通知檢舉人前來領取，逾三個月未領取者，視為放棄。 5. 如親自到局面談檢舉，由衛生局同仁記錄完畢交其閱覽，請其簽名或蓋章確認。			

領款收據

此致

連江縣衛生福利局

領款人身分證字號及出生年月日：

中華民國 年 月 日