

## 出席聽證會確認書

案由：「服務貿易協議與自由經濟示範區對我國醫療服務業之影響」聽證會

單位名稱		代表姓名/代理姓名	
		指定主要發言人(請打勾)	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
姓名			
職稱			
聯絡地址			
聯絡電話			
手機號碼			
傳真號碼			
E-MAIL			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 1.2em;"> <span>回復人：</span> <span>(簽章)</span> </div>			
注意事項	<p>※每單位(家次)出席人員以 2 人為限。</p> <p>※如有陳述意見之書面資料者，請檢附相關資料及電腦儲存媒體。</p> <p>※出席確認書請於 102 年 11 月 1 日中午(12:00)前，以得以親送、電子郵件、快遞、電傳(FAX)等方式向衛生福利部提出。逾期未繳交本確認書者，視同不克出席本次會議：</p> <p>衛生福利部地址：10341 台北市大同區塔城街 36 號。</p> <p>電子郵件帳號：mdtsp0516@mohw.gov.tw</p> <p>聯絡人：蔡松蒲      傳真電話：(02)8590-6062</p> <p>聯絡電話：(02) 8590-6668</p>		
	<p>※非親送者，請同時以電話通知聯絡人。</p>		