

113年度病媒防治業評鑑報名表

報名編號	(主辦單位填寫)	<input type="checkbox"/> 契約組 <input type="checkbox"/> 推薦組 (主辦單位勾選)	
業者名稱			
營登地址			
許可證字號		負責人	
聯絡人		聯絡方式	室內: 手機:
收件核章 (主辦單位填寫)		確認報名核章 (主辦單位填寫)	

本公司同意參加「113年度病媒防治業評鑑」並同意接受以下規範：

1. 依業者報名順序登記，報名後經機關確認資格並同意後始得參與評鑑作業。
2. 評鑑過程若有明確違反法規規範且可直接裁罰者，經確認後主辦單位得取消資格。
3. 繳交之優良事蹟，送審資料請填寫確實並簽章確認內容詳實無誤，若日後發現不實填報，將取消獲獎等第，並擔負一切法律責任。
4. 於評鑑過程需尊重主辦機關及評鑑專家之評審，不得異議。
5. 參加者同意遵守機關所訂之「113年度病媒防治業評鑑」相關規定。

立書人：_____ (簽章及用印)

中華民國 年 月 日

113 年度病媒防治業評鑑 優良事蹟

(113.4.19 製表)

項目	提報日期	
業者 資料	業者名稱	
	許可證字號	
其他 優良 事蹟 說明		
佐證 資料		

<<若欄位不足，請自行調整>>