釋憲聲請書

聲請人：毛慧芬

主旨：聲請人因藥事法事件，經臺北市衛生局於民國（下同）102年6月17日北市衛食藥字第10252985800號行政處分裁罰，嗣經提起訴願遭臺北市政府以訴願決定駁回後提起行政訴訟，迭經臺北地方法院103年6月13日103年度簡字第76號判決及臺北高等行政法院103年8月14日103年度簡上字第105號判決駁回確定，因認上開確定裁判所適用之藥事法第102條第2項、藥事法施行細則第50條、前行政院衛生署食品藥物管理局(已於102年7月23日改制為衛生福利部食品藥物管理署)102年6月5日FDA藥字第1020022537號函釋與100年4月12日FDA藥字第1000017608號函釋，有牴觸憲法第15條財產權及工作權與第23條規定之疑義，爰依司法院大法官審理案件法第5條第1項第2款及同法第8條規定，聲請　鈞院解釋。

說明：

壹、聲請解釋憲法之目的

臺北地方法院103年度簡字第76號判決（附件一）、臺北高等行政法院103年度簡上字第105號判決(附件二)所依據之藥事法法第102條第2項、藥事法施行細則第50條、FDA藥字第1020022537號函釋（附件三）及FDA

藥字第 1000017608 號函釋（附件四），違反憲法第 15 條工作權及財產權與第 23 條比例原則，均為無效，爰依司法院大法官審理案件法第 5 條第 1 項第 2 款及同法第 8 條規定，聲請解釋，以維憲法保障人民權益之精神。

貳、疑義或爭議之性質與經過及涉及之憲法條文：

一. 緣聲請人係臺北市○○區○○○路○段○○○號 7 樓之 4○○婦產科診所之負責醫師，因一病患於民國（下同）102 年 3 月 20 日前往聲請人診所門診時，其主訴係下腹痛及陰道異常出血，經上訴人診斷後為子宮炎症（骨盆腔發炎）併出血，該病患前來看診時因下腹疼痛而必須彎腰，該病患於行動困難之狀況下，因自認其有醫療急迫情形而簽署緊急調劑請求書，請求聲請人親自調劑藥品。同年 3 月 23 日，該名病患回診時，雖下腹痛有所改善，但仍出血不止，經診斷後仍有子宮炎症（骨盆腔發炎）併出血，醫療臨床上屬於醫療急迫情形，須即時治療，故該病患簽署緊急調劑請求書後，由上訴人親自調劑藥品交予服用。4 月 12 日，該病患於門診主訴月經過期，診斷後因驗孕為陰性反應，須予以調經治療，聲請人開立黃體素注射與 NYS 塞劑，由於針劑並非係藥局得領取之藥物，且藥局亦無護士從事注射之醫療輔助行為，故於病患簽署緊急調劑請求書後，上訴人給予注射 Progesterone，並於看診時當場使用 NYS 塞劑將其塞入陰道，給予即時治療。

然臺北市衛生局於 102 年 5 月 1 日 17 時 10 分至該診所實施檢查並抽閱該名病患於聲請人診所之病歷後，審認聲請人不具藥師資格，亦非於無藥事人員執業之偏遠地

區或醫療急迫情形下，親自執行 Cleocin、Tinten 500mg 等 7 項藥品調劑並交付病患藥量 1 至 3 日份不等之藥品，違反藥事法第 37 條第 2 項，乃依同法第 92 條第 1 項規定，以 102 年 6 月 17 日北市衛食藥字第 10252985800 號之行政處分裁處新台幣 3 萬元罰鍰。聲請人不服，經申請復核後，臺北市衛生局以 102 年 7 月 12 日北市衛食藥字第 10235667500 號函復核維持原處分。聲請人不服上開行政處分，依法提起訴願，遭臺北市政府以 103 年 1 月 29 日府訴二字第 10309018600 號訴願決定書駁回訴願；聲請人不服，再依法提起行政訴訟，復遭臺北地方法院 103 年 6 月 13 日 103 年度簡字第 76 號行政訴訟判決、臺北高等行政法院 103 年 8 月 14 日 103 年度簡上字第 105 號行政訴訟判決駁回確定在案（附件一、附件二）。茲因上開確定終局裁判所適用之藥事法第 102 條第 2 項、藥事法施行細則第 50 條、FDA 藥字第 1020022537 號函釋及 FDA 藥字第 1000017608 號函釋，有牴觸憲法第 15 條工作權及財產權、第 23 條規定，以及違反法律保留與授權明確性之疑義，爰依司法院大法官審理案件法第 5 條第 1 項第 2 款及同法第 8 條規定，聲請　貴院解釋。

二. 聲請人不服前開臺北市衛生局之行政處分，經依法提起訴願及行政訴訟後，遭臺北高等行政法院以判決駁回確定在案，經查其主要理由，無非係以：

（一）藥事法第 102 條規定，乃是為貫徹醫藥分業政策，使藥師以專門知識技能，核對醫師開立之處方以調配藥劑，並為病人提供正確藥物資訊、諮詢等服務，而限縮醫師之調劑權，因此只有在省（市）衛生主管機關

公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形，醫師才能在治療病人之目的範圍內享有調劑權，以保障病患權益。因此，藥事法第102條第2項「醫療急迫情形」之規定，無論從其文義上或立法目的上，均應解釋為必須其現實情況緊急，迫切需要醫師立即處方投藥予以治療，以抑制病情發生或防止病情惡化，方足當之，業如前述，而前開食管局函文所稱藥事法施行細則第50條規定「立即使用藥品」，係指醫師於急迫醫療處置時，當場施予針劑或口服藥劑等語，不僅合乎藥事法第102條第2項規定之文義，亦與該法貫徹醫藥分業政策之意旨相符，亦即上開函釋，係食管局依藥事法第2條之規定，基於該法中央主管機關之權責，對於藥事法第102條及同法施行細則第50條等規定應如何正確適用所為之解釋，係闡明藥事法上述規定之原意，經核尚與上述規定之立法目的無違，並未逾越藥事法第102條及同法施行細則第50條之規定，而增加法律所無之要件，亦未違反法律保留原則。

（二）上訴人（即本件釋憲聲請人）未具藥師資格，即屢次擅自調劑「Cleocin、Tinten 500mg……」等多項藥品、交由病患攜回1至3日藥量，其擅自調劑藥品之行為，已違反藥事法第37條第2項規定；至上訴人所提之病患簽署「緊急調劑請求書」，並不符合食管局102年6月5日FDA藥字第1020022537號函釋示之「醫療急迫情形係指醫師於醫療機構為急迫醫療處置，須立即使用藥品之情況。而所稱之『立即使用

藥品』，係指醫師於急迫醫療處置時，當場施予針劑或口服藥劑。……」之情形，而認上訴人上開擅自調劑藥品之行為，並未符合藥事法第102條第2項所定之「醫療急迫情形立即使用藥品」之要件等情，為原判決確定之事實。從而，被上訴人以上訴人違反藥事法第102條、第37條第2項，而依同法第92條第1項規定，裁處上訴人法定最低額3萬元罰鍰，並無違法或不當之處，業已在原審判決理由欄詳敘其採證之依據及得心證之理由。經核尚無違於證據法則、論理法則與經驗法則。

（三）本件原審本於職權調查證據後，認定臺灣婦產科醫學會102年8月30日台婦醫字第102183號函內容（見原處分卷第50頁至第52頁），該兩位醫師之見解仍置重於本件病患業已簽署「緊急調劑請求書」，就醫理上病患病情何以達到「醫療急迫情形」，而必須由上訴人給予病患「數日」用量之藥物服用，否則將無從抑制病情發生或防止病情惡化，惟並未說明上訴人為何要開給數日用量藥物才能解除其所主張之醫療急迫情形，且在醫療資源充足之臺北市，何以不能採取轉診或建議民眾前往大型醫療院所診療等處置方式，致原審無從窺知本案確實存在「醫療急迫情形」，使得上訴必須採取前開之醫療處置，是自難據此而為有利於上訴人之認定等情，足見原審判決既已就駁回上訴人此部分主張所持理由，說明其判斷之依據，並將判斷而得心證之理由，記明於判決，並無上訴人所指判決理由不備情事。

叁、聲請解釋憲法之理由及聲請人對本案所持之立場與見解

一. 藥事法施行細則第 50 條係增加藥事法第 102 條第 2 項所無之限制，逾越藥事法之授權而不當限制人民之權利，牴觸授權明確性原則，有違憲法第 15 條人民財產權之保障及第 23 條規定

（一）按司法院大法官第 313 號解釋(下簡稱釋字)意旨：「對人民違反行政法上義務之行為科處罰鍰，涉及人民權利之限制，其處罰之構成要件及數額，應由法律定之。若法律就其構成要件，授權以命令為補充規定者，授權之內容及範圍應具體明確，然後據以發布命令，始符憲法第 23 條以法律限制人民權利之意旨。」；次按，釋字第 367 號解釋理由書意旨：「若法律僅概括授權行政機關訂定施行細則者，該管行政機關於符合立法意旨且未逾越母法規定之限度內，自亦得就執行法律有關之細節性、技術性之事項以施行細則定之，惟其內容不能牴觸母法或對人民之自由權利增加法律所無之限制，行政機關在施行細則之外，為執行法律依職權發布之命令，尤應遵守上述原則。」。

（二）查藥事法第 102 條第 2 項規定：「全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」，同法第 105 條規定：「本法施行細則，由中央衛生主管機關定之。」是以，藥事法僅概括授權行政機關訂定施行細則，該管行政機關於符合立法意旨且未逾越母法規定之限度內，僅得就執行法律有關之細節性、技術性之事項以施行細則定之，惟其內容不能

牴觸母法或對人民之自由權利增加法律所無之限制，始符合上開解釋之意旨。

（三）惟查，藥事法施行細則第 50 條規定稱：「本法第 102 條第 2 項所稱醫療急迫情形，係指醫師於醫療機構為急迫醫療處置，須立即使用藥品之情況。」故本條乃係針對母法即藥事法第 102 條第 2 項之「醫療急迫情形」之構成要件解釋其內涵，將此限縮解釋為「醫師於醫療機構為急迫醫療處置，須立即使用藥品之情況」。然醫療急迫情形態樣眾多，得否逕以此為限縮解釋，要非無疑。況醫師如違反藥事法第 102 條第 2 項，亦即醫師在非醫療急迫情形下親自為藥品之調劑，則依同法第 37 條第 2 項、第 92 條第 1 項規定，處新臺幣 3 萬元以上 15 萬元以下罰鍰。是以，藥事法施行細則第 50 條對於藥事法第 102 條第 2 項「醫療急迫情形」之解釋，實質影響其構成要件之內容，然藥事法僅概括授權該管行政機關制定施行細則，該管行政機關僅得就執行法律有關之細節性、技術性之事項以施行細則定之，惟其內容不能牴觸母法或對人民之自由權利增加法律所無之限制。然藥事法施行細則第 50 條之規定既構成對人民權利之限制，自非執行法律有關之細節性、技術性事項，縱然以法律就其構成要件，授權以命令為補充規定者，其授權之內容及範圍應具體明確，始符憲法第 23 條與上開解釋之意旨。

（四）綜上所述，藥事法施行細則第 50 條於概括授權之範圍內增加藥事法第 102 條第 2 項所無「於醫療機構內」、「需立即使用藥品之情形」之要件，致醫師之調劑權

在醫療急迫情形下，受有不當之限制，且因違反藥事法施行細則第 50 條之情形而受有行政機關之裁罰，故其內容不僅逾越母法之規定，亦係對人民之權利增加法律所無之限制，違反憲法第 15 條、第 23 條及授權明確性原則，故藥事法施行細則第 50 條牴觸藥事法第 102 條第 2 項之規定，自屬違憲。

二、FDA 藥字第 1020022537 號函釋及 FDA 藥字第 1000017608 號函釋，逾越藥事法範圍，違反法律保留原則，亦屬違憲

（一）按釋字第 374 號解釋理由書第 1 段意旨：「司法院大法官審理案件法第 5 條第 1 項第 2 款規定，人民於其憲法上所保障之權利，遭受不法侵害，經依法定程序提起訴訟，對於確定終局裁判所適用之法律或命令發生牴觸憲法之疑義者，得聲請解釋憲法。其中所稱命令，並不以形式意義之命令或使用法定名稱（如中央法規標準法第 3 條之規定）者為限，凡中央或地方機關依其職權所發布之規章或對法規適用所表示之見解（如主管機關就法規所為之函釋），雖對於獨立審判之法官並無法律上之拘束力，若經法官於確定終局裁判所引用者，即屬前開法條所指之命令，得為違憲審查之對象，迭經本院著有解釋在案(釋字第 216 號、第 238 號、第 336 號等號解釋)」。是以，FDA 藥字第 1020022537 號函釋(臺北高等行政法院 103 年度簡上字第 105 號判決第 19、20 頁參照)與 FDA 藥字第 1000017608 號函釋（臺北高等行政法院 103 年度簡上字第 105 號判決第 9 頁參照)(以下簡稱系爭二函釋)

均經法官於確定終局裁判所引用，故得為違憲審查之對象，先予敘明。

（二）查系爭二函釋均說明：「依據藥事法第102條之規定，於醫療急迫情形，醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。依據藥事法施行細則第50條，醫療急迫情形係指醫師於醫療機構為急迫醫療處置，須立即使用藥品之情況。而所稱之「立即使用藥品」，係指醫師於急迫醫療處置時，當場施予針劑或口服藥劑。故前揭函釋乃係針對藥事法施行細則第50條「立即使用藥品」之構成要件再作補充說明，而將「立即使用藥品」解釋為「當場施予針劑或口服藥劑」。

（三）惟查，藥事法施行細則第50條因逾越其藥事法之授權且對人民之權利增加法律所無之限制，自屬違憲，誠如上開所述。故系爭二函釋既為解釋性之行政規則，補充說明藥事法施行細則第50條「立即使用藥品」之構成要件，則因藥事法施行細則第50條已屬違憲無效，故已失其法律上之依據，亦屬違憲。

（四）再查，系爭二函釋既為說明藥事法施行細則第50條，而同法施行細則第50條乃係針對藥事法第102條第2項「醫療急迫情形」之構成要件補充解釋其內涵，故系爭二函釋實質上亦是藥事法第102條第2項「醫療急迫情形」之構成要件內容，惟其函釋內容已構成對人民權利之限制，非屬執行法律有關之細節性、技術性事項，況藥事法僅為概括授權該管行政機關訂定施行細則，故系爭二函釋已違反法律保留原則，該管行

政機關自不得逕以系爭二函釋限制人民之權利，增加法律所無之限制，故其亦屬違憲。

三、藥事法第 102 條第 2 項違反憲法第 15 條人民工作權之保障及第 23 條規定，應屬無效。

(一)「按憲法第十五條規定人民之工作權應予保障，人民從事工作並有選擇職業之自由，業經釋字第 404 號、第 510 號、第 584 號、第 612 號、第 634 號與第 637 號解釋在案。對職業自由之限制，因其內容之差異，在憲法上有寬嚴不同之容許標準。關於從事工作之方法、時間、地點等執行職業自由，立法者為追求一般公共利益，非不得予以適當之限制。至人民選擇職業之自由，如屬應具備之主觀條件，乃指從事特定職業之個人本身所應具備之專業能力或資格，且該等能力或資格可經由訓練培養而獲得者，例如知識、學位、體能等，立法者欲對此加以限制，須有重要公共利益存在。而人民選擇職業應具備之客觀條件，係指對從事特定職業之條件限制，非個人努力所可達成，例如行業獨占制度，則應以保護特別重要之公共利益始得為之。且不論何種情形之限制，所採之手段均須與比例原則無違。」釋字第 649 號解釋理由書意旨參照。

(二)按「(第一項)醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。(第二項)全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」藥事法第 102 條定有明文。是以，醫師之工作權內涵原包含藥品調劑權在內，然於 89 年

4 月 26 日公布第 2 項規定後，醫師如欲親自調劑藥品，須限於無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形，方得為之，故此規定即屬限制醫師之工作權。又此藥品調劑權之限制，並非僅係對醫師關於從事工作之方法等執行職業自由之限制，而係對於人民從事特定職業之特定工作內容之限制，立法者以法律規定剝奪其藥品調劑權，使醫師於一般情形下無法再為藥品之調劑，況此客觀條件限制，並非個人努力可所達成，故除非係保護特別重要之公共利益，立法者始得予以限制。

(三) 目的正當性之審查

藥事法第 102 條立法目的，乃係實施醫藥分業制度所設之法律。而醫藥分業實施主要目的：1、保障民眾「知其所服藥品」與「自由選擇藥品調劑處所」之權利。2、健全藥品流通管理體系，防止藥品誤用與濫用，以確保民眾用藥品質與服藥安全。3、健全基層醫療照護體系中社區藥局專業功能，以合理分佈醫療資源增加民眾之可近性，並提高藥師專業地位。4、建立醫師與藥師之醫藥分工的合理醫療執業型態，以提升醫療服務品質，保障民眾用藥安全。5、診察費與藥品費用分別列帳，減少藥品濫用情況，以控制藥費合理支出，減輕健保財務負擔。前揭實施醫藥分業之立法目的雖係合法、正當，然應屬於「一般公共利益」之範圍，是否屬於立法者欲保護的「特別重要之公共利益」，要非無疑。

(四) 比例原則之審查

立法者以限制醫師藥品調劑權之手段，不僅無法達成上開立法目的，亦有違最小侵害性原則，理由如下：

1. **保障民眾知其所服藥品與自由選擇藥品調劑處所之權利：**

(1) 按醫療法第 66 條、醫師法第 13 條與第 14 條，明文規定醫院、診所對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日，醫師並應於處方箋上簽名或蓋章。況醫師於診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應(醫師法第 12-1 條參照)。顯見現行法規已課予醫師告知用藥義務，以保障民眾知其所服藥物之權利，自無須以剝奪其調劑權之手段達此立法目的。

(2) 次按，「保險醫事服務機構於診療保險對象後，應交付處方予保險對象，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。」全民健康保險法第 71 條第 1 項定有明文，故醫師於診療病人後，醫師服務機構即負有交付處方箋予病人之義務，而病人得持處方箋自由選擇調劑處所。因此，按該法規定，病人自由選擇調劑處所之權利已受有保障，足證剝奪調劑權之手段亦不足以達成此立法目的，亦違反最小侵害原則，不符手段必要性。

2. **健全藥品流通管理體系，防止藥品誤用與濫用，以確保民眾用藥品質與服藥安全**

健全藥品流通管理體系，係藥政制度上之建立與管理，本非屬醫師或醫事服務機構之義務，何以藉由侵害醫師工作權之作為，達成其目的。況防止藥品誤用或濫用，確保民眾用藥品質與服藥安全，不僅係藥師之義務，醫師亦同樣負有其義務(醫師法第12-1條、第13、14條參照)，故以侵害醫師工作權而剝奪醫師調劑權之手段，是否能健全藥品流通管理體系，自非無疑。再者，依據臺灣醫療改革基金會於101年所做調查(附件五)，仍有73%健保藥局亂賣處方藥且其專業諮詢僅59%合格。顯見，侵害醫師調劑權之手段實際上根本無法達到此一立法目的。

3. **健全基層醫療照護體系中社區藥局專業功能，以合理分佈醫療資源增加民眾之可近性，並提高藥師專業地位：**

社區藥局之專業功能，除藥品調劑權以外，更包含提供民眾用藥諮詢、保障民眾用藥安全等，此應透過藥師教育訓練、持續進修與教導民眾用藥安全教育，以增強社區藥局之專業功能。然而其與醫師藥品調劑權並非完全互不相容，醫師與藥師均有調劑權亦能增加民眾對於自由選擇調劑處所之可近性，況藥品調劑權由藥師專屬，並非即代表必能提升藥師專業之地位，藥師專業地位之提升應視其專業知識能力，是否能使民眾信賴等因素，絕非僅藉由剝奪醫師調劑權即可達到此一立法目的。

4. **建立醫師與藥師之醫藥分工的合理醫療執業型態，以提升醫療服務品質，保障民眾用藥安全：**

建立醫藥分工以保障民眾用藥安全之目的在於有論者質疑多數醫師交予病人之藥品並非醫師所親自調劑，可能導致民眾用藥錯誤，危害其用藥安全。然而民眾持處方箋至藥局請求藥品調劑時，亦有可能係非藥局藥師執行藥品調劑，同樣可能會發生調劑錯誤之問題，或係部分藥師專業能力不足，導致民眾用藥錯誤，或係藥師以其他學名藥代替，使其治療效果不如預期，或係藥師無法配合診所開立之處方箋進行藥品磨粉，且一般藥局並非均有備齊病人所需藥品等等問題。因此，欲達成民眾用藥安全之目的，不必然應以剝奪醫師調劑權之手段為之，如藉由行政管理手段加強監督、稽查醫師未為親自調劑藥品之情事，亦非不可行之手段。

5. **診察費與藥品費用分別列帳，減少藥品濫用情況，以控制藥費合理支出，減輕健保財務負擔：**

(1) 診察費用與藥品費用分別列帳，應係屬行政管理制度之建立，而此本可透過健保制度之設計與制定合理藥價加以改善，然立法者竟將此負擔加諸於侵害醫師工作權，導致診察費與藥品費強迫分別列帳，其手段已不符必要性。再者，減少藥品濫用以控制藥費合理支出之情況，除醫師與藥師均有責任以外，如藉由限制醫師看診人數、調劑藥品上限等，亦能從醫師端進行強化監督，此外主管機關亦應持續教育民眾利用轉診制度，使各層級之醫療資源能合理分佈利用，以減少藥品濫用之情況，方為治本之道。

(2) 況剝奪醫師藥品調劑權並非能達到減輕健保財務負擔之立法目的，學者陳敏郎曾撰文(附件六)指出：「醫藥兩界論爭不斷的難得共識，即是在醫藥分業與健全健保財務的關聯中，雙方都曾提出數字指出，醫藥分業不但沒有減少醫療資源的支出，反而會增加十億到百億之譜的相關醫療及藥費給付（趙家麟，2006；鄭天賜，2006；邱永仁，1998)。行政部門的統計數字亦顯示，歷年健保藥費占國民醫療保健支出的比率介於13.6%～16.1% 之間；總藥費支出比例則在二成六至二成八之間。隨著醫療保健支出規模的擴大，藥費支出從1997 年的639 億餘元，一路上升到2007年的1170 億餘元，上升趨勢明顯。」(陳敏郎，醫藥分業社會實踐之限制及其可能性的探討，人文及社會科學集刊，中央研究院人文社會科學研究中心，100 年7 月，第23 卷第4 期，第540頁)。此外，根據行政院衛生福利部101 年國民醫療保健支出統計(附件七)，藥品消費支出佔國民醫療保健支出(NHE)比，每年仍呈現上升趨勢。顯見，縱然我國實施醫藥分業之後，實際上沒有減少藥品醫療資源之支出，遑論以侵害醫師工作權之手段達到減輕健保財務負擔之立法目的。

(五) 綜上所述，藥師法第102 條第2 項規定，以剝奪醫師調劑權而侵害其工作權之手段，顯然不足以達成其立法目的，亦有違最小侵害原則，不符手段必要性，實已違反比例原則，應屬違憲。

肆、關係文件之名稱及件數：

附件一：臺北地方法院103年度簡字第76號判決影本乙份。

附件二：臺北高等行政法院103年度簡上字第105號判決影本乙份。

附件三：FDA藥字第1020022537號函釋影本乙份。

附件四：FDA藥字第1000017608號函釋影本乙份。

附件五：101年4月18日揭露健保藥局5大「藥」命指數，臺灣醫療改革基金會記者會新聞稿影本乙份。

附件六：陳敏郎著，醫藥分業社會實踐之限制及其可能性的探討，第531頁、第540頁及第541頁影本乙份。

附件七：行政院衛生福利部101年國民醫療保健支出統計(藥品消費支出佔NHE比)統計表影本乙份。

謹　狀

司法院　公鑒

中　華　民　國　1　0　3　年　1　2　月　2　日

聲請人　毛慧芬