

## 內政部都市計畫委員會第 940 次會議紀錄

一、時間：中華民國 108 年 2 月 19 日（星期二）上午 9 時 30 分。

二、地點：本部營建署 601 會議室。

三、主席：徐兼主任委員國勇

花兼副主任委員敬群代

吳委員兼執行秘書欣修代

（依各級都市計畫委員會組織規程第 7 條規定，主任委員不克出席會議時，由副主任委員代理主持，核定案件第 10 案於會議進行前，經會議主席徵得全體委員意見，同意調整至第 1 案結束後審議，爰由副主任委員代理主持核定案件第 1、10、2 案後，因另有要公先行離席；其餘核定案件第 3 案至第 9 案，由本會委員互推吳委員兼執行秘書欣修續代理主持。核定案件第 10 案係臺南市政府提請本會審議之案件，吳委員兼執行秘書當時擔任臺南市政府都市發展局局長，故依前開組織規程第 11 條規定自行迴避。）

紀錄彙整：莊主民

四、出席委員：（詳會議簽到簿）。

五、列席單位及人員：（詳會議簽到簿）。

六、確認本會第 939 次會議紀錄。

決 定：確定。

七、審議案件一覽表：

第 1 案：內政部為「擬定桃園國際機場園區及附近地區特定區計畫案」再提會討論案。

第 2 案：臺北市政府函為「臺北市大同區都市計畫通盤檢討（主要計畫）案」。

第 3 案：苗栗縣政府函為「變更高速公路頭份交流道附近地區特定區計畫（第四次通盤檢討）（另案報請核定變更計畫編號第 2 案）案」。

第 4 案：內政部為「變更林口特定區計畫（土地使用分區管制要點）（配合機場捷運 A8 站實施增額容積）案」。

- 第 5 案：金門縣政府函為「變更金門特定區計畫（道路用地專案通盤檢討）案」。
- 第 6 案：嘉義縣政府函為「變更仁義潭風景特定區計畫（第三次通盤檢討）案」。
- 第 7 案：屏東縣政府函為「變更琉球風景特定區計畫（第一次通盤檢討）（第二階段）案」再提會討論案。
- 第 8 案：內政部為「變更大鵬灣風景特定區計畫（部分遊憩區為水域運動服務中心用地暨土地使用分區管制要點部分條文內容修正）案」。
- 第 9 案：臺中市政府函為「變更高速公路王田交流道附近特定區計畫（高速鐵路台中車站地區）主要計畫通盤檢討案」。
- 第 10 案：臺南市政府函為「變更臺南市主要計畫（第五次通盤檢討）（依本會第 926 次會決議再公開展覽）再提會討論案」。

八、散會：下午 1 時 10 分

第 2 案：臺北市政府函為「臺北市大同區都市計畫通盤檢討（主要計畫）案」。

說明：

- 一、本案業經臺北市都市計畫委員會 107 年 10 月 18 日第 737 次會議審決通過，並准臺北市政府 107 年 11 月 27 日府都規字第 1076051868 號函檢附計畫書、圖報請核定等由到部。
- 二、法令依據：都市計畫法第 26 條。
- 三、變更計畫範圍：詳計畫圖示。
- 四、變更計畫內容及理由：詳計畫書。
- 五、公民或團體所提意見：詳公民或團體陳情意見綜理表。

決議：本案請臺北市政府依下列各點補充資料，送由本會組成專案小組聽取該府簡報，俟獲致具體建議意見後，再提會討論。

- 一、本案屬行政區之通盤檢討，請再詳予補充本區於臺北市全市之發展定位及願景、相關發展策略、本次通盤檢討之目的及與變更內容、細部計畫指導之關聯性，並請補充說明本次通盤檢討後落實到都市空間或其他部門計畫之相關內容。
- 二、本區為臺北市最早發展地區之一，請補充地方文史資料、建物及土地使用現況分析、新城區與舊城區是否有不同的管制方式等資料，供審議參考。
- 三、依都市計畫法第 45 條規定，公園、體育場所、綠地、廣場及兒童遊樂場等公共設施用地不得少於全部計畫面積 10%，查本計畫區 5 項公共設施用地僅占全部計畫

面積1.28%，請補充說明本次通盤檢討之相關因應配套措施，以及本計畫區對於補足公共設施用地之長期規劃構想。

四、計畫區內學校用地面積達36.85公頃，占全部計畫面積6.49%，建議臺北市政府將校園空間轉型利用納入通盤檢討重點項目。

五、都市防災計畫部分，請再詳予更新及補充相關計畫內容，及空間發展配套措施。

六、計畫書修正事項：

(一) 計畫區內尚有2處私立學校用地，非屬政府應取得之公共設施用地，請將土地使用分區名稱調整變更為文教區（供私立○○學校使用），以資妥適。

(二) 計畫審核摘要表漏列公告徵求意見資訊、公開展覽登報資訊，建請補正。

(三) 本計畫區仍有未開闢之公共設施用地，建請補充實施進度及經費表，以利查考。

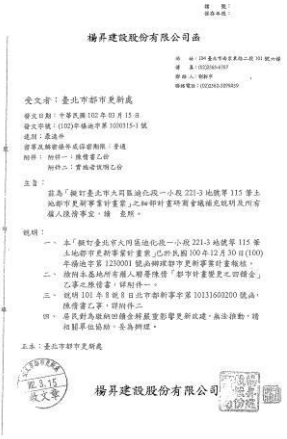
(四) 本案建請就「都市計畫定期通盤檢討實施辦法」有關規定說明其處理情形，並以對照表方式納入計畫書，以利查考。

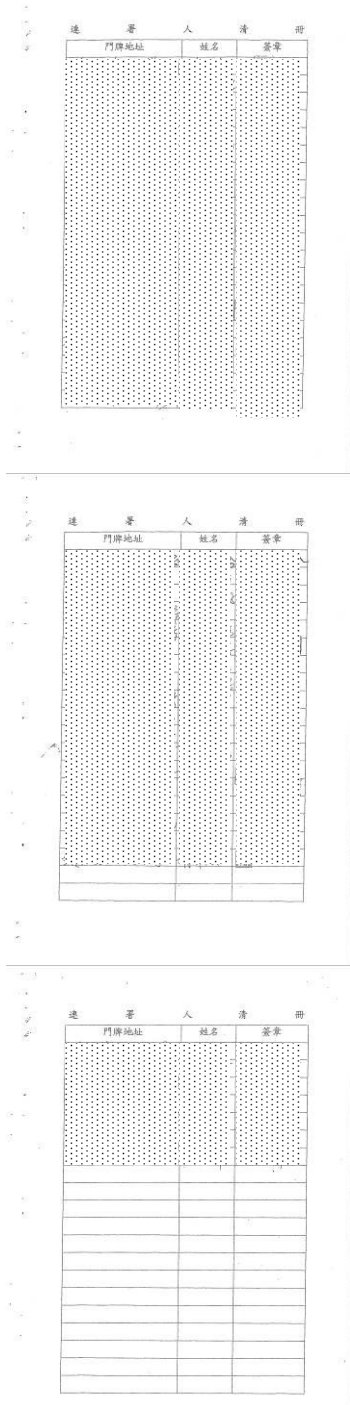
七、逕向本部陳情意見：查陳情意見涉及細部計畫執行事宜，非屬主要計畫之陳情內容，請市府本於權責自行參處。

| 陳情編號 | 陳情人 | 陳情地點      | 訴求意見與建議               | 臺北市政府研析意見                   |
|------|-----|-----------|-----------------------|-----------------------------|
| 1    | 葉○豪 | 大同區迪化段一小段 | 居民已陳情多年，仍未見市政府有具體決策的答 | 一、經查本市大同區重慶北路二段15巷及其周邊土地，至早 |

| 陳情編號 | 陳情人                      | 陳情地點                | 訴求意見與建議  | 臺北市府研析意見 |       |          |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|------|--------------------------|---------------------|--|----------|-------|----------|------|------|-------|----|--|--------------------------|---|------|----|--|----------|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|----|----|----|------|------|-------|----|--|--------------------------|---|------|----|--|----------|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|---|------|----|--|-----|--|--------------------------|----|----|----|--|-----|--|
|      |                          | (臺北市大同區重慶北路二段 16 巷) | <p>覆，本巷的土地是政府從未徵收補償，剝奪了人民的應有權益，要求政府須還地於民。在此附上當地居民奪年來之陳情文件內容提供給市政府(詳如附件)，能夠列入本次大同區的通盤檢討項目。</p> <div data-bbox="671 696 1023 1189"> <p>列附表：(請視列冊情形增減表格)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>姓名</th> <th>性別</th> <th>通訊地址</th> <th>聯絡方式</th> <th>簽名或蓋章</th> <th>備註</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>(原址) 請標明</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> </tbody> </table> <p>第 1 頁 / 共 1 頁</p> </div> <div data-bbox="671 1218 1023 1711"> <p>列附表：(請視列冊情形增減表格)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>姓名</th> <th>性別</th> <th>通訊地址</th> <th>聯絡方式</th> <th>簽名或蓋章</th> <th>備註</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>(原址) 請標明</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>男</td><td>通訊地址</td><td>通訊</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>女</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡</td><td></td><td>原址或</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>其它</td><td>電報</td><td>電報</td><td></td><td>原址或</td></tr> </tbody> </table> <p>第 1 頁 / 共 1 頁</p> </div> | 編號       | 姓名    | 性別       | 通訊地址 | 聯絡方式 | 簽名或蓋章 | 備註 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | (原址) 請標明 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 | 編號 | 姓名 | 性別 | 通訊地址 | 聯絡方式 | 簽名或蓋章 | 備註 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | (原址) 請標明 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 男 | 通訊地址 | 通訊 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 女 | 聯絡電話 | 聯絡 |  | 原址或 |  | <input type="checkbox"/> | 其它 | 電報 | 電報 |  | 原址或 | <p>為本府 45 年 5 月 7 日北市工字第 14417 號公告實施「臺北市主要計畫圖」劃定為商業區，但尚未擬定細部計畫，未有土地使用強度，復經本府 63 年 10 月 18 日府工二字第 47134 號公告實施「擬定民權西路以南、蘭州街寧夏路以西、長安西路以北、環河北路以東地區細部計畫案」，始擬定該等地區之細部計畫，並劃定所陳土地為「道路用地」，即謂本市大同區重慶北路二段 15 巷自始即為道路用地，其周邊土地亦均依本市土地使用分區管制規則（現為土地使用分區管制自治條例）規定檢討法定容積率，並無「道路用地劃設致所鄰商業區容積率下降」之情事，先予證明。</p> <p>二、次查陳情人建議變更道路用地為商業區一節，為利土地所有權人辦理所陳</p> |
| 編號   | 姓名                       | 性別                  | 通訊地址   | 聯絡方式     | 簽名或蓋章 | 備註       |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | (原址) 請標明 |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
| 編號   | 姓名                       | 性別                  | 通訊地址   | 聯絡方式     | 簽名或蓋章 | 備註       |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | (原址) 請標明 |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 男                   | 通訊地址   | 通訊       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 女                   | 聯絡電話   | 聯絡       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |
|      | <input type="checkbox"/> | 其它                  | 電報   | 電報       |       | 原址或      |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |    |    |    |      |      |       |    |  |                          |   |      |    |  |          |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |   |      |    |  |     |  |                          |    |    |    |  |     |  |

| 陳情編號 | 陳情人 | 陳情地點                        | 訴求意見與建議  | 臺北市府<br>研析意見 |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|------|-----|-----------------------------|--|--------------|----|----|------|------|----|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|--|--|-----------------------------|----|--|--|---|
|      |     |                             | <p>列冊表：(請視列冊情形增減表格)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>姓名</th> <th>性別</th> <th>聯絡方式</th> <th>訴求內容</th> <th>備註</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>男</td><td>通訊</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>女</td><td>地址</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>聯絡</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>電話</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>男</td><td>通訊</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>女</td><td>地址</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>聯絡</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>電話</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>男</td><td>通訊</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>女</td><td>地址</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>聯絡</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>電話</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>男</td><td>通訊</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>女</td><td>地址</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>聯絡</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>電話</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>男</td><td>通訊</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>女</td><td>地址</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>聯絡</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>電話</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>男</td><td>通訊</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>女</td><td>地址</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>聯絡</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>電話</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>男</td><td>通訊</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>女</td><td>地址</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>聯絡</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>其他</td><td>電話</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>訴求意見與建議：<br/>陳情位置：重慶北路二段16巷、大同區地化段一小段308地號等土地。</p> <p>陳情訴求意見：<br/>重慶北路二段16巷(開發計畫道路用地)屬國民路53部(擬定民權西路、蘇州街、寧夏路、長安西路、遠河北側)地區細部計畫。劃設、道路用地40年前劃設迄今，造成非計畫地土地權益受損。</p> <p>(一)本開發計畫道路無保留必要。本路段為丁字路，不僅不利汽車通行，亦不利消防救災通行功能，未來本地區可透過整體開發，無須再留設此類狹小道路作為基地內道路。</p> <p>(二)建地變公設保留地。早年政府進行劃設商業區土地為本道路用地，且迄今未予徵收補償，地主土地無償供作道路進行40年，造成地主權益受損。</p> <p>(三)解除商業區容積率下降。目前該段4公尺寬道路用地劃設，使本區商業區容積率下降，且無保留必要。第一種商業區容積率50%依「臺北市土地使用分區管制自治條例」第25條規定，容積率不得超過300%。第二種商業區土地主權。</p> <p>(四)本地區自前次76年通盤檢討至今未曾檢討，有違都市計畫定期通盤檢討實施辦法之規定，使地主權益無從伸張，而本區通盤檢討亦未詳實檢討地區發展保護，如類似本案長期未開闢計畫道路之合理性與必要性等。</p> <p>具體建議：<br/>(一)重慶北路二段16巷(開發計畫道路用地)自63年劃設至今未經檢討，不僅是地主當區建築用地或商業區空地，而是建地或基地不合理劃設而成為第一種商業區容積率50%之廢區，建議應於本次通盤檢討本區道路用地廢除，恢復為商業區土地，以維護地主權益。<br/>(二)建議廢除本道路用地，恢復為商業區土地，不應再援引任何通</p> <p>查或個案情形要求道路地之所有權人負擔相關回饋，否則應造成地主權益再次被剝削，且無保留必要。而除本道路用地，恢復為商業區土地，實為導正過去都市計畫道路劃設之弊端，維護40年前地主權益受之損失。</p> <p>過往陳情時間：(內容已摘錄)<br/>102.03.15 地主聯署向都史處陳情。<br/>103.11.11 地主聯署向都史處及陽昇建設陳情。<br/>104.03.24 地主聯署向都發局陳情。<br/>104.08.05 地主聯署、黃宗顯向都發局陳情。<br/>104.08.13 地主聯署、謝寶吉、李登雲向都發局陳情。<br/>104.08.14 地主聯署、陳榮發向都發局陳情。<br/>105.08.29 地主聯署向監察地方黨部委員陳情。<br/>105.08.29 地主聯署向都文智、市長、林敏賢、副市長及林洲民、局長陳情。<br/>106.07.26 地主聯署向都發局林洲民及都文智、市長及林洲民、局長陳情。<br/>106.10.12 地主聯署向李博中代議員陳情。<br/>北區地主居民已陳情多年，至今仍未見市府有具體決策回應，懇請重視。</p> | 編號           | 姓名 | 性別 | 聯絡方式 | 訴求內容 | 備註 |  |  | <input type="checkbox"/> 男 | 通訊 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 女 | 地址 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 男 | 通訊 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 女 | 地址 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 男 | 通訊 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 女 | 地址 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 男 | 通訊 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 女 | 地址 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 男 | 通訊 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 女 | 地址 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 男 | 通訊 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 女 | 地址 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 男 | 通訊 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 女 | 地址 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話 |  |  | <p>臺北市府<br/>研析意見</p> <p>及其周邊地區之都<br/>市更新事業，前經<br/>本市都市更新處依<br/>都市計畫法第27條<br/>第1項第3款規定<br/>協助申請都市計畫<br/>變更法定程序，相<br/>關歷程說明如下：<br/>(一)本市都市更新處<br/>103年8月22日函<br/>送本局辦理都市<br/>計畫變更法定程<br/>序、本府104年7<br/>月16日公告公開<br/>展覽。<br/>(二)本市都市計畫委<br/>員會104年9月17<br/>日第675次委員會<br/>議審議決議：<br/>1. 本案係市府為協<br/>助私有土地所有<br/>權人更新，依都市<br/>計畫法第27條第<br/>1項第3款提出申<br/>請變更細部計<br/>畫，惟地主對本案<br/>計畫內容回饋等<br/>相關規定仍提出<br/>陳情意見，且案內<br/>有關道路用地調<br/>整的系統性、合理<br/>性，以及變更後容<br/>積率提高之利得<br/>回饋等議題亦應<br/>在作審慎研處，故<br/>本案退回，請市府</p> |
| 編號   | 姓名  | 性別                          | 聯絡方式   | 訴求內容         | 備註 |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 男  | 通訊   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 女  | 地址   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 男  | 通訊   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 女  | 地址   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 男  | 通訊   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 女  | 地址   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 男  | 通訊   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 女  | 地址   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 男  | 通訊   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 女  | 地址   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 男  | 通訊   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 女  | 地址   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 男  | 通訊   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 女  | 地址   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 聯絡   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |
|      |     | <input type="checkbox"/> 其他 | 電話   |              |    |    |      |      |    |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                            |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |  |  |                             |    |  |  |   |

| 陳情編號 | 陳情人 | 陳情地點 | 訴求意見與建議   | 臺北市府<br>研析意見  |
|------|-----|------|---|---|
|      |     |      |  <p>楊昇建設股份有限公司函</p> <p>受文者：臺北市政府都市發展局<br/>發文日期：中華民國102年07月15日<br/>發文字號：(102)年發局字第1030115-1號<br/>類別：基本案<br/>簽奉：都市更新條例及都市更新條例施行細則、臺南市都市更新條例及都市更新條例施行細則、臺南市都市更新條例及都市更新條例施行細則、臺南市都市更新條例及都市更新條例施行細則</p> <p>主旨：臺北市政府都市發展局函開：關於「臺南市大同區延平路二段221-3地號等115筆土地都市更新事業計畫」之都市更新事業計畫書，請查照。並請逕向本局申請都市更新事業計畫書之備查及核備事宜。此致。</p> <p>送件：楊昇建設股份有限公司<br/>附件：一、備查書二份<br/>二、實地說明書一份</p> <p>此致：臺北市政府都市發展局</p> <p>楊昇建設股份有限公司</p> | <p>完成檢討後，如有必要再重新依程序辦理。</p> <p>2. 附帶決議：<br/>(1) 請市府都市發展局成立單一窗口積極協助民辦都更。如有涉及都市計畫變更，途徑一是從整體大格局進行當地都市計畫通盤檢討；另一途徑則是協助都市更新土地所有權人，依都市計畫法第24條規定以自擬變更細部計畫方式進行。<br/>(2) 本案都市設計準則中規定建物沿街面留設四柱三開間以及騎樓，美麗的騎樓是大同區特有的歷史風貌，值得保留，惟建築立面形式不必然維持四柱三開間，建議後續都市計畫檢討時，可再另作彈性規範。</p> <p>三、前揭案涉及變更回饋事宜，除變更道路用地為商業區應依本市公共設施用</p> |

| 陳情編號 | 陳情人 | 陳情地點 | 訴求意見與建議   | 臺北市政府<br>研析意見   |
|------|-----|------|---|---|
|      |     |      |  | <p>地變更回饋原則回饋 40%外，因道路用地變更致周邊土地法定容積率得依較寬道路寬度×50%核計容積率而提高容積率部分，亦應辦理回饋。</p> <p>四、基此，考量道路廢止涉及人民權利義務，且經查察該計畫道路側已有多處建築基地指定（指示）建築線之紀錄，如透過都市計畫通盤檢討逕行變更道路用地為商業區或其他可建築土地，恐將影響該等建築基地之權益，基此，謹於本案細部計畫針對老舊市區部分具廢止需求之未開闢計畫道路，載明「建成圓環周邊商業區街廓內未徵收道路用地，如有因該未開闢計畫道路屬無尾巷、路型不合理轉折、或致周邊街廓面積畸零者，於辦理都市更新時，配合整體規劃得廢止或調整路型，若因路型調整而有法定</p> |

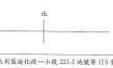



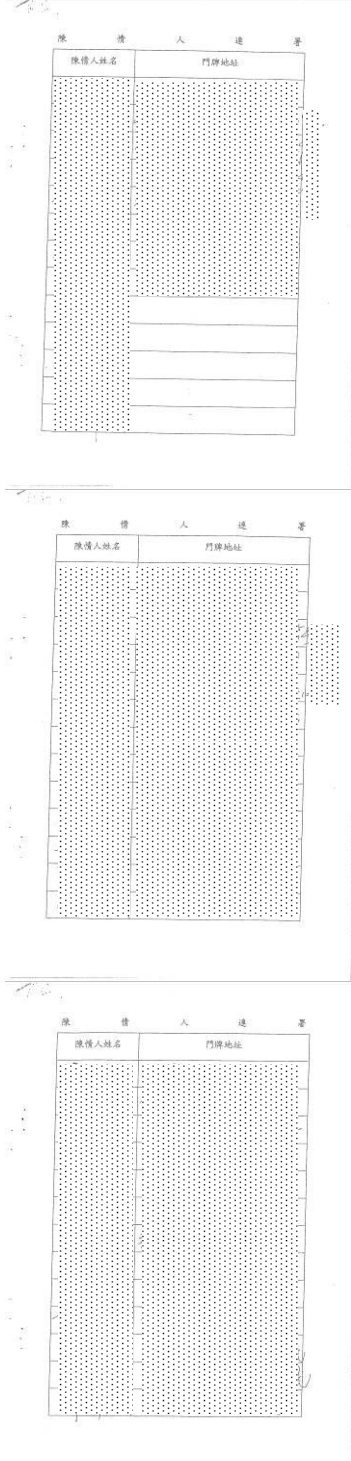


| 陳情<br>編號 | 陳情人 | 陳情地點 | 訴求意見與建議   | 臺北市府<br>研析意見 |
|----------|-----|------|---|--------------|
|          |     |      | <div data-bbox="694 291 1005 739"> <p>五本</p> <p>函</p> <p>編 號：臺北市政府地政二處訴請糾正<br/>聯絡電話：82912000</p> <p>受文者：臺北市政府都市發展局</p> <p>發文日期：中華民國104年3月24日</p> <p>發文字號：地地字第1040030001號</p> <p>送別：<br/>留等及解辦條件：<br/>附件：公開資料查詢結果</p> <p>主旨：有關本人持有土地所有權狀，因10月11日府地二字第4713號公告，辦理地籍資料、權利、變更地、地籍圖、地籍圖及地籍圖辦理事宜，對於地籍圖辦理，因該地籍圖辦理公告公文書，恐有錯誤，請予糾正，並請提供該地籍圖辦理之相關資料，以資核對。</p> <p>說明：<br/>一、本人持有土地所有權狀，因10月11日府地二字第4713號公告，辦理地籍資料、權利、變更地、地籍圖、地籍圖及地籍圖辦理事宜，因該地籍圖辦理公告公文書，恐有錯誤，請予糾正，並請提供該地籍圖辦理之相關資料，以資核對。<br/>二、有關地籍圖辦理事宜，本人持有土地所有權狀，因該地籍圖辦理公告公文書，恐有錯誤，請予糾正，並請提供該地籍圖辦理之相關資料，以資核對。</p> <p>五本：臺北市政府地政二處<br/>張寶燁</p> </div> <div data-bbox="694 772 1005 1254"> </div> <div data-bbox="694 1288 1005 1736"> <p>五本</p> <p>函</p> <p>編 號：臺北市政府地政二處訴請糾正<br/>聯絡電話：82912000</p> <p>受文者：臺北市政府地政二處</p> <p>發文日期：中華民國104年3月24日</p> <p>發文字號：地地字第1040030001號</p> <p>送別：<br/>留等及解辦條件：<br/>附件：公開資料查詢結果</p> <p>主旨：有關本人持有土地所有權狀，因10月11日府地二字第4713號公告，辦理地籍資料、權利、變更地、地籍圖、地籍圖及地籍圖辦理事宜，因該地籍圖辦理公告公文書，恐有錯誤，請予糾正，並請提供該地籍圖辦理之相關資料，以資核對。</p> <p>說明：<br/>一、本人持有土地所有權狀，因10月11日府地二字第4713號公告，辦理地籍資料、權利、變更地、地籍圖、地籍圖及地籍圖辦理事宜，因該地籍圖辦理公告公文書，恐有錯誤，請予糾正，並請提供該地籍圖辦理之相關資料，以資核對。<br/>二、有關地籍圖辦理事宜，本人持有土地所有權狀，因該地籍圖辦理公告公文書，恐有錯誤，請予糾正，並請提供該地籍圖辦理之相關資料，以資核對。</p> <p>五本：臺北市政府地政二處<br/>張寶燁</p> </div> |              |

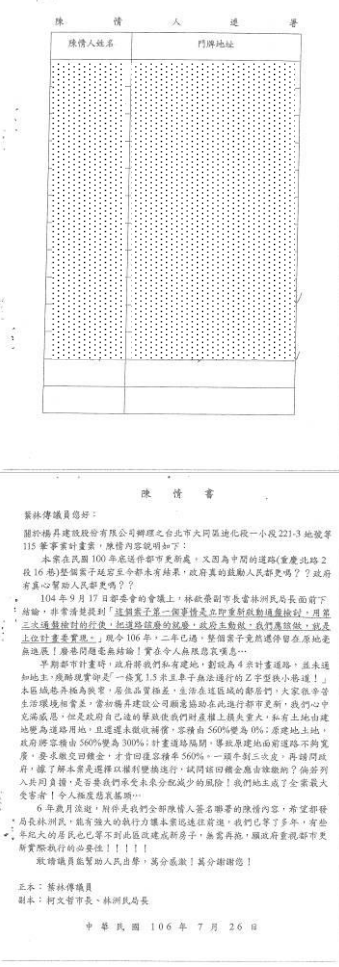
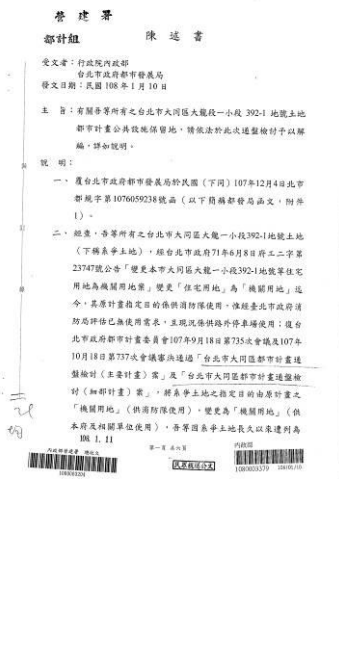




| 陳情編號     | 陳情人      | 陳情地點     | 訴求意見與建議   | 臺北市政府<br>研析意見 |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|----------|----------|----------|---|---------------|-----|-----|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----|-----|-----|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
|          |          |          | <div data-bbox="670 313 1029 761"> <p>地址：臺北市民權區中環路1號(總務科)</p> <p>電話：27593018、27593017</p> <p>陳情事項：一、本案係非司法案件。<br/>二、據公民陳述其於民國九十四年，曾與公民陳述其共同向地政機關申請。<br/>三、「地政」機關，據陳述其。<br/>四、據陳述其向地政機關申請，公民陳述其及土地所有權人。<br/>五、其見其不願或暫時，請在行政訴訟期間請求到案等語。</p> <p>陳述其聲明及訴求意見表</p>  <p>公民陳述其聲明「臺北市民權區中環路一小段221-3地號第115筆土地部分第三項計畫書及地籍資料於民國九十四年向地政機關申請，其見其」</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>陳述其</th> <th>陳述其</th> <th>陳述其</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>二、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>三、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>四、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>五、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>六、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>七、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>八、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>九、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>十、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> </tbody> </table> <p>申請人：曾慶公<br/>地址：曾慶公<br/>電話：曾慶公</p> <p>中華民國九十五年八月九日</p> </div> <div data-bbox="670 784 1029 1232"> <p>地址：臺北市民權區中環路1號(總務科)</p> <p>電話：27593018、27593017</p> <p>陳情事項：一、本案係非司法案件。<br/>二、據公民陳述其於民國九十四年，曾與公民陳述其共同向地政機關申請。<br/>三、「地政」機關，據陳述其。<br/>四、據陳述其向地政機關申請，公民陳述其及土地所有權人。<br/>五、其見其不願或暫時，請在行政訴訟期間請求到案等語。</p> <p>陳述其聲明及訴求意見表</p>  <p>公民陳述其聲明「臺北市民權區中環路一小段221-3地號第115筆土地部分第三項計畫書及地籍資料於民國九十四年向地政機關申請，其見其」</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>陳述其</th> <th>陳述其</th> <th>陳述其</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>二、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>三、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>四、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>五、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>六、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>七、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>八、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>九、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> <tr> <td>十、土地所有權人</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> <td>曾慶公(曾慶公)</td> </tr> </tbody> </table> <p>申請人：曾慶公<br/>地址：曾慶公<br/>電話：曾慶公</p> <p>中華民國九十五年八月九日</p> </div> <div data-bbox="670 1254 1029 1747"> <p><b>陳情書</b></p> <p>我們是位於「臺北市民權區中環路一小段221-3地號第115筆土地都市更新事業計畫」土地和建物所有權人，於早期都市計畫時，政府主管機關將我們所有土地，劃分為乙字型規畫不規則之計畫道路，並且未通知地主，導致於都市計畫變更時，政府主管機關並未依法執行，造成我們地主財產上的嚴重損失，政府主管機關確實地守志。</p> <p>1. 每五年的都市計畫調整檢討，從民國60年起至今只有執行過兩次，將我們土地由建築用地變為道路用地，卻遲遲未依法補償。<br/>2. 私有土地由建築用地變為道路用地，容積由560%變為0%，房屋物土地損失，台北市政府將容積由560%變為300%，這對我們地主的財產權益造成了嚴重的傷害。<br/>3. 長時間下來這塊土地特別標價(大法官解釋第336號)公開徵地保留地，主管機關未應儘速取得之，不高效率而僅於都市計畫圖則，放寬土地利用價值，又隨時延長而未得特別標價。<br/>政府主管機關印未對地主有任何補償。<br/>陳情人於此共同建議，是否將變更乙字型的計畫道路變更為現狀等，以上內容懇請若能給予一個合理的回覆！</p> </div> | 陳述其           | 陳述其 | 陳述其 | 一、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 二、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 三、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 四、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 五、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 六、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 七、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 八、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 九、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 十、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 陳述其 | 陳述其 | 陳述其 | 一、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 二、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 三、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 四、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 五、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 六、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 七、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 八、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 九、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) | 十、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |  |
| 陳述其      | 陳述其      | 陳述其      |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 一、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 二、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 三、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 四、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 五、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 六、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 七、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 八、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 九、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 十、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 陳述其      | 陳述其      | 陳述其      |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 一、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 二、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 三、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 四、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 五、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 六、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 七、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 八、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 九、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| 十、土地所有權人 | 曾慶公(曾慶公) | 曾慶公(曾慶公) |   |               |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |     |     |     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |

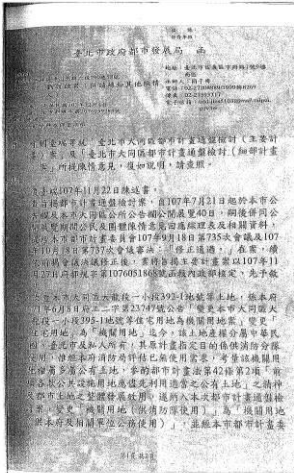
| 陳情編號 | 陳情人 | 陳情地點 | 訴求意見與建議   | 臺北市政府<br>研析意見 |
|------|-----|------|---|---------------|
|      |     |      |  |               |

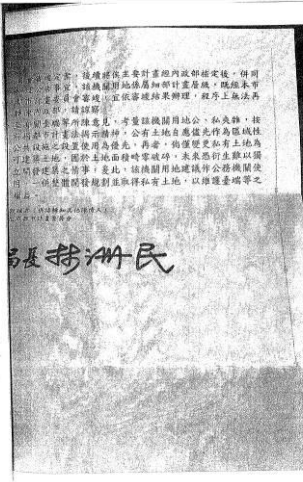
| 陳情編號 | 陳情人 | 陳情地點 | 訴求意見與建議   | 臺北市政府<br>研析意見 |
|------|-----|------|---|---------------|
|      |     |      | <p style="text-align: center;"><b>陳情書</b></p> <p>我們是「臺北市大同區迪化路一段221-3地號等115筆土地都市更新事業計畫案」土地和建物所有權人，在此萬分感佩七十分支持台北市府推行都市更新的務政。</p> <p>本基地範圍於民國89年劃定為都市更新計畫範圍，迄今已逾16年時間，政府應盡之義務為：100年底由政府申請辦理都市更新，於104年3月25日經審議會審議通過基地內16處計畫道路；實施都市更新委員會公議審議後，都市更新處才繼續辦理都市更新，以下表達四點訴求：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 計畫道路於審議過程中，經都市更新委員會第一次會議30日，於104年8月5日公處說明會後，又經都市更新委員會自己推翻，現今重新公議的過程遲遲未訂定下來，這樣我們覺得政府決策搖搖不定，人民無所適從！都市更新委員會都市更新新處於目前的過程中，總是沒有明確的方案，才造成我們需要等待二次公處會議，造成都市更新事業進度的延宕，政府相關部門在溝通的平台上是否應該盡力加強，給人民一個明確的導向及方向呢？</li> <li>2. 早期都市更新時，政府主管機關讓我們私自建地，劃線為Z字型狀況不測的都市計畫道路，且並未通知地主，每五年的都市計畫圖送檢時，從民國60幾年至今只寄執行過兩次，將我們的土地由建地變為道路用地，卻遲遲未派款補償，長時期下來造成地主地價將被剝削(法官解釋第336號：公共設施保留地，主管機關未盡應盡義務之一，不為政府所預於都市計畫管制，並保護土地利用價值，又隨時地價與市價進行補償)，造成主管機關印表劃地重新任何補償。</li> <li>3. 容積率方面，原有土地容積率為建築容積率，容積率500%變為300%，造成無土地部分，台北市政府將容積率由500%變為300%，這對我們地主的財產權益已經造成了嚴重的傷害。</li> <li>4. 市政府將16處劃線為4處計畫道路，狀況卻只有1.5米！且基地內房屋均已老舊不堪，若有長輩居住，消防車無法進入，再談論救災上的困難，難道你不顧後果。</li> </ol> <p>都市更新的產出，就是為了提升人民居住環境，重視生命財產安全，陳情人於此共同建請，是否將變更更為Z字型的計畫道路還原為板橋路，還給我們長期失去的權力，政府部門應儘速的回應，造成都市更新時間上的延宕，同業人民在居住安全，希望政府能給我們一個合理的回應，不要讓人民追求居住安全無所適從！</p> |               |

| 陳情編號 | 陳情人 | 陳情地點          | 訴求意見與建議  | 臺北市府研析意見  |
|------|-----|---------------|--|---|
|      |     |               |  <p>陳 情 書</p> <p>關於梅丹建設投資有限公司辦理之台北市大同區迪化段一小段221-3地號等315筆容許計畫，陳情內容說明如下：</p> <p>本案在民國100年底送件都市更新案，又因為中間的迪化(重慶北路2段16巷)整頓寬子坑宮至今都未有結果，政府真的鼓勵人民都更新嗎？政府有真心幫助人民都更新嗎？</p> <p>104年9月17日都市委員會會議上，林政盛副市長率領林洲民局長面下「結論，確實被推到了這個案子第一需要體是怎麼把整頓計畫做對，這是「三次通盤檢討的作法，把這些整頓的經驗，政府主動做，我們盡量做，這是正位計畫要實做。」現今106年，二年已滿，整個案子竟然還停留在原地毫無進展！唐卷問題毫無結論！實在令人無限感嘆嘆息...</p> <p>早期都市計畫時，政府給我們私有地地，劃設為4宗計畫道路，並未通知地主，尚無從得知「這塊地15米主要干線法通行的名字是供小管理！」。本案地地再提高與容，應依真實地，並存在這區域的都市們，大家都有生活環境相當差，當初梅丹建設公司願意協助在此進行都市更新，我們心中充滿感恩，但是就因自己這的學校使我們財產權上損失重大，私有土地由建地變為道路用地，且還連連徵收補償，容積由560%變為60%；原建地土地，政府將容積由560%變為300%；計畫道路隔間，導致原建地而前道路不夠寬容，造成徵收回饋金，有當初徵收容積560%。一隔半至三米，再隔間政府，了解本前是選擇以權利變換進行，試問回饋金是否被抽走了？是否列入共同負擔，是否讓我們承受未來分配減少風險！我們地主成了企業最大受害者！令人無法接受其難關...</p> <p>6年歲月流逝，對於是我們全部陳情人簽名聯署的陳情內容，希望都能成其結果，能早解決我們地方讓本前地地前進，我們已等了多年，有些年紀大的居民也等不到此區從地地地房子，無窮再耗，願政府重視都市更新實際執行的必要性！！！！</p> <p>敬請議員能幫助人民出聲，萬分感戴！萬分謝謝您！</p> <p>正名：蔡林傳議員<br/>副名：柯次智會長、林洲民局長<br/>中華民國 106 年 7 月 26 日</p> | <p>臺北市府<br/>研析意見</p>  |
| 2    | 劉○雄 | 大龍段一小段392-1地號 |  <p>禁 建 界 陳 述 書</p> <p>敬啟者：陳述書</p> <p>受文者：行政院內政部<br/>台北市政府都市發展局<br/>發文日期：民國 108 年 1 月 10 日</p> <p>主 旨：有關香等所有之台北市大同區大龍段一小段 392-1 地號土地都市計畫書內供機械保留地，請依法於此次通盤檢討予以解編，詳如說明。</p> <p>說 明：一、查台北市都市發展局於民國(下同)107年12月4日北市都規字第1076059238號函(以下簡稱都發局函文，附件1)。<br/>二、經查，香等所有之台北市大同區大龍段一小段392-1地號土地(下稱系爭土地)，係台北市府71年6月8日府二字第23747號公告「變更本市大同區大龍段一小段392-1地號等住宅用地為機關用地案」，變更「住宅用地」為「機關用地」迄今，原計畫指定目的係供消防隊使用，惟經臺北市政府消防局評估已無使用需求，並現況供消防隊使用；復自台北市府都市計畫委員會107年9月18日第735次會議決議「台北市大同區都市計畫通盤檢討(主要計畫)案」及「台北市大同區都市計畫通盤檢討(細部計畫)案」，解系爭土地之指定目的由原計畫之「機關用地」(供消防隊使用)，變更為「機關用地」(供本府及相關單位使用)，香等所有系爭土地長久以來建稱為BM 1, 11<br/>第一頁 共六頁</p>  | <p>一、經查本市大同區大龍段一小段392-1地號土地，係以本府71年6月8日府供二字第23747號公告「變更本市大同區大龍段一小段392-1地號等住宅用地為機關用地」變更「住宅用地」為「機關用地」，供消防隊使用，惟該機關用地除前揭地號為私人所有外，另含括同小段</p> |



| 陳情編號 | 陳情人 | 陳情地點 | 訴求意見與建議  | 臺北市府<br>研析意見   |
|------|-----|------|--|--|
|      |     |      | <p>「機關用地」，以鼓勵妥善利用，令各等宅《憲法》第15條保障之財產權受保護。遂於107年11月22日提出「凍結書」予台北市政府都市發展局，要求就系爭土地予以解編（附錄2）。然台北市政府都市發展局僅以前開函文回覆陳稱：「...有關土地等所陳意見，考量機關用地公、私殊難，擬將機關用地畫法指示，公有土地自應先做為區域性公共設施之設置使用為優先，再者，倘僅屬私有土地為可建築土地，關於土地面積畸零破碎，未來恐衍生難以開發建築之情形，爰此，該機關用地建議作公機關使用。」等語云云，實令各等憲法保障，且覺得政府未尊重人民之「財產權」之保障。</p> <p>三、按「憲法第十五條關於人民財產權受保障之規定，旨在確保個人財產之存續與行使自由使用、收益及處分之權能，並免於遭受公權力及第三人之侵害，俾能實現個人自由、發展人格及維護尊嚴。」司法院大法官釋字第400號、第709號、第732號、第747號解釋參照。次按《都市計畫法》制定之目的，依其第一條規定，係為改善居民生活環境，並促進市、鎮、鄉間有計畫之均衡發展，都市計畫一經公告確定，即發生規範之效力，除法律別有規定外，各級政府所為土地之使用或徵收，自應符合已確定之都市計畫，並為增進公共利益之需要，因得徵收都市計畫區域內之土地，惟應符合對於人民財產權之影響，應遵守法定徵收土地之條件，踐行其程序，並遵照都市計畫法之相關規定。」司法院釋字第513號解釋參照。</p> <p>四、次按《都市計畫法》第51條前段規定，「徵本法指定之公共設施保留地，不得移作指定目的之使用」。準此私人土地一旦經劃設為「公共設施保留地」後，則土地所有權人不得為移作指定目的之使用，則其使用收益權能遭受嚴重限制，且私人土地經指定為公共設施保留地後，即所有權人無法任意徵收該土地使用之管制，土地價值將大幅下降，並使用收益權利大幅受限，長期以來關係甚鉅。</p> <p>五、經查，各等所有之系爭土地自台北市政府71年6月8日府工二字第23747號公告後，即被畫為「機關用地」，且經該地區運送興建公共設施，依《都市計畫法》規定，各等對於系爭土地不得為移作指定目的之使用，而無法將系爭土地作廢棄有效之利用，迄今長達已將近40年，侵害各等「財產權」甚鉅，違反《憲法》第15條規定意旨。</p> <p>六、次按《都市計畫法》依現況及現狀情況，並預計二十五年内之發展情形訂定之。」、「前項主要計畫者，...其實施進度以五年為一期，最長不得超過二十五年。」，《都市計畫法》經發布實施後，不得隨時任意變更。但經定計畫之機關每三年內或五年內至少應通盤檢討一次，依據發展情況，並參考人民建議作必要之變更，對於非必需要之公共設施用地，應優先使用。」《都市計畫法》第5條、第15條第2項、第26條分別定有明文，而由上開</p> <p>條文可知，都市計畫係指長期規劃的時間應為25年，故都市計畫內所編定的公共設施用地，最長自應於25年內完成，倘若超過25年仍未開發的「公共設施保留地」，自應儘速解編，不應使私人土地受長期限制持續。本件各等所有之系爭土地自台北市政府71年6月8日府工二字第23747號公告後，即被畫為「機關用地」，迄今已將近40年，而台北市政府都市發展局在該項107年11月22日陳述書後，即以：考量機關用地公、私殊難，倘僅屬私有土地為可建築土地，關於土地面積畸零破碎，未來恐衍生難以開發建築之情形等語云云，顯然已違反前述《都市計畫法》規定，且與《憲法》第15條保障人權財產權之意旨相違。</p> <p>七、又按司法院大法官釋字第336號解釋：「公共設施保留地，經通盤檢討，如認無變更之必要，主管機關應儘速取得之，以免長期處於保留狀態，並不為取得（不限於徵收一邊），則土地所有權人既無法及時獲得對價，房屋其他發展，又限於都市計畫之整體性而不能繼續使用之管制，致該項土地之利用價值，其所加於土地所有權人之不利益將隨時隨地之延長而遞增。復據司法院第499號至550號之1等陳述書有增加價值，非為臨時建築使用及免稅等情狀規定，而非分就保留時間之久暫等情事，對權利受者個別個案，而形成立於機械社會，予以不同程度之補償。」等語，亦顯然已明確指出，政府機關對於違劃定</p> | <p>301-6等13筆土地，其土地產權多為國有，復經本府消防局評估已無使用需求，遂納入本次臺北市大同區都市計畫通盤檢討（細部計畫）案內變更「機關用地(供消防隊使用)」為「機關用地(供本府及相關單位公務使用)」，以達都市計畫法第42條第2項「前項各款公共設施用地應儘先利用適當之公有土地」之規定。</p> <p>二、另有關陳情人所稱案址並非不能獨立開發使用一節，考量都市土地利用之一致性及整體性，仍宜視未來公務機關使用需求，辦理整體規劃開發，並取得私有土地，以維護私有土地所有權人之權益。</p> |

| 陳情<br>編號 | 陳情人 | 陳情地點 | 訴求意見與建議   | 臺北市政府<br>研析意見 |
|----------|-----|------|---|---------------|
|          |     |      | <p>之公共設施保留地，不能將之長期處於保留狀態。</p> <p>八、再者，根據《臺北市土地使用分區管制規則》之規定，第三種住宅區最小面寬應有4公尺，平均面寬8公尺；最小深度應有9.6公尺，平均深度16公尺。而各等所有之非爭地，總面積233平方公里，其面寬及深度遠大於第三種住宅區最小建築面寬及深度之規定，並非不能獨立開發使用，卻長期被臺北市政府稱為「機關用地」，限制使用用途，實侵害各等權益甚鉅。且見台北市府都市發展局以：倘使變更非有土地為可建築土地，關於土地面積核算，未來應以生財以獨立開發使用之情形云云，屬屬無稽。</p> <p>九、況且，107年11月縣市界大變之後，各縣市政府均致力於「辦經濟」，將私人土地長期歸編列為「公共設施保留地」，不但嚴重侵害人民財產權，不能開發使用，對於經濟發展影響甚大，周邊商業發展均受到影響，閒置土地僅作為「停車場使用」，造成土地資源浪費，不利於商業活動。臺北市政府應以實現「辦經濟」之決心，如變更為商業區或住宅區，可引進公私部門資金開發，吸引海內外資金開發，促進經濟發展創造就業機會。</p> <p>十、近年來，六都尤其是台北市地區房價已經成為十大民怨之首，輿論原因除投機炒作之外，最大因素還是在於台北市可開發土地不多，都市更新腳步停滯，然而有許多基地因為都市計畫被列為公共設施保留地，導致可開發土地面積減少，對於人民居住之空間也有所受限，影響到的不僅是經濟發展，更是人民「居住權」，如變更住宅區，可興建更多住宅供居住或公益出租，保障人民「居住權」，且新建的住宅無不具備現代化性能均較佳，符合「防災型都區」之概念。</p> <p>十一、綜上所述，政府既不收買非爭地，也不給予各等即土地所有權人合理金錢補償，甚至不願意儘量檢討變更已存在數十年而繳納必要之公共設施保留地，長期深視各等即土地所有權人財產權遭受重大損害，此顯與《憲法》第15條保障人民財產權之意旨有違，是否應將非有土地既無作為公共設施使用之意旨，且解編後亦無不能獨立開發使用之情形，既應儘速予以解編，已符合《憲法》保障人民財產權之意旨。</p> <p><b>【附錄】</b><br/>           附錄一：臺北市都市發展局函副本已份。<br/>           附錄二：陳述書副本已份。</p> <p>中華民國 1 0 8 年 1 月 1 0 日</p> <p>陳述意見人：劉：陳<br/>                             謝：陳<br/>                             謝：謝<br/>                             謝：謝<br/>                             謝：謝<br/>                             謝：謝<br/>                             謝：謝</p> <p>臺北府 函北府</p>  |               |

| 陳情編號 | 陳情人 | 陳情地點 | 訴求意見與建議  | 臺北市政府<br>研析意見 |
|------|-----|------|--|---------------|
|      |     |      |  <p>張赫洲民</p> <p>陳述書</p> <p>受文者：臺北市政府都市發展局都市規劃科<br/>發文日期：民國 107 年 11 月 22 日</p> <p>主旨：吾等所有之台北市大同區大龍一小段 392-1 地號土地都市計畫案公共設施保留地請於此次通盤檢討予以糾編。</p> <p>說明：</p> <p>一、查案位於民國 107 年 7 月以前特種建築 099103 號(附件一)通知吾等所有土地位於台北市大同區都市計畫總檢討案公開展覽案變更範圍，以民國 107 年 7 月 20 日府都規字第 1070084461 號及都規字 1070014181 號公告公開展覽，通知任何公民或團體得於公開展覽期間內以書面聲明姓名或組織地址向台北市都市計畫委員會提出意見視為參考；吾等為使都市計畫變更切合實際，特陳述意見如下。</p> <p>二、吾等所有台北市大同區大龍一小段 392-1 地號土地，係吾等母親劉阿華於民國 54 年間購買而取得，民國 97 年間母親劉阿華過世，由自母繼承劉淑芬及劉淑芬分繼承，繼於劉淑芬過世後，吾等又共同繼承劉淑芬之土地持分，但吾等之土地被編列為「機關用地」，目前仍作為停車場使用中，尚未能妥善利用。</p> <p>三、根據台北市大同區都市計畫變更內容總表(如表 10)(附件二)，吾等之土地原計畫為「機關用地」(供消防隊使用)，新計畫為「機關用地」(供本局及相關單位使用)，變</p> <p>第一頁 共六頁</p> <p>更理由稱：「一原計畫指定目的為消防隊使用，經消防局評估已無使用需求，且現況係供停車場使用，為利本機關用地繼續使用彈性，除廢除原定用途，修正為『供本局及相關單位使用』……；顯見台北市政府對於該土地並無明確之使用計畫，應予以修正。</p> <p>四、為落實都市計畫實施之受益者負擔之公平原則及其基本精神，行政院於民國 81 年已頒布「新訂、擴大都市計畫及展業區、保護區變更許可建築用地、一律採區段徵收方式辦理」。是以，在民國 81 年以後辦理之新訂、擴大都市計畫或展業區、保護區變更為可建築用地之都市計畫案件，均已依上開原則採區段徵收方式整體開發，由全體土地所有權人共同負擔區內公共設施之取得及開發費用，俾在在此之前已發售實地之都市計畫，大多未於都市計畫書表明附屬之取得方式，故公共設施取得及開發費用應採區段徵收方式辦理，其費用全由政府負擔，依對全體尚未取得公共設施留地之開發公司，所徵收費用則對開發公司暫予免收，實非政府財政功能負擔，並造成政府巨大之隱藏債務。</p> <p>五、監察院 101 年 12 月 18 日對都市計畫公共設施保留地內向內政部，其中有關所提「逾數十年未取得又不主動辦理編繪之公共設施保留地問題，究應如何解決」問題，內政部承諾將依據人口結構改變而達成社會變遷，對不再需要之學校、市場、停車場、機關用地等公共設施保留地，有完辦法予以</p> <p>第二頁 共六頁</p> |               |

| 陳情<br>編號 | 陳情人 | 陳情地點 | 訴求意見與建議   | 臺北市府<br>研析意見 |
|----------|-----|------|---|--------------|
|          |     |      | <p>解編。此外，監察院於去（102）年5月9日審議後編列正內政部及各級地方政府有關「各級都市計畫審議委員會部分都市計畫公法設施保留地長建3、40年迄未取得，嚴重傷害憲法保障人民之生存權財產權」，理由及事實略以：「...都市計畫編定之公法設施保留地，業於25年內完成，逾25年仍未取得開發之公法設施保留地，理應限期檢討，對不滿意之部分應速行解編，如逾3、40年仍未取得使用，更表示已無公共設施用地保留之必要，...長久以來，各級都市計畫審議委員會部分都市計畫公法設施保留地長建3、40年迄未取得，嚴重傷害憲法保障人民之生存權財產權，內政部及各級地方政府應有嚴重憂慮。」</p> <p>六、未取收之機關用地，除依法定用途機關仍有其專業業務計畫及預算外，其餘均應變更為其他適當用途或空地，既非使用中之機關用地應按每人合理辦公空間檢討，應設置或低度利用者應多目標使用以活化機能，並考量優先開放部分空間提供其他單位使用；空間不足或剩餘之機關單位應優先利用現有閒置倉庫，未取得之公用事業用地，如已無取得計畫或使用者，應予以撤銷變更。</p> <p>七、依《憲法》第15條保障人民財產權之意旨，對於人民之私有財產，除為防止妨礙他人自由，避免緊急危難，維持社會秩序，或增進公共利益所必需者外，不得以法律限制之。且《都市計畫法》第10條第1項：「都市計畫經發布實施後，不得隨時任意變更，但擬定計畫之機關每三年內或五年內至</p> <p>少應通盤檢討一次，依據發展情況，並參考人民建議作必要之變更。對於非必要之公共設施用地，應變更其使用。」各等所有之台北市大同區龍院一小段30段土地編列為「機關用地」，但台北市府既無利用計畫，屬於非必要之公共設施保留地，即應儘速辦理公共設施保留地解編，解除對於非受之土地財產權所加不必要之限制，以免不當侵害人民財產權。</p> <p>八、況且，台北市府財政收支困難，編列大筆預算徵收人民土地頗難可能；況台北市府近年來因市有土地徵收參與變更，參與都市更新權利變換所分切之房屋仍有不少屋層待銷售或出租，應採取更合理之不動產予以優先使用，足見「機關用地」目前顯屬必要。</p> <p>九、本案公展期間已過，且經都市計畫委員會已送內政部審議，懇請貴單位轉請台審議先轉呈內政部，謹此說明如上，除 貴府 鑒悉，如各等土地無其他用途，懇請轉各等公共設施保留地解編，改為住宅區或商業區以利使用。</p> <p>此致台北市都市發展局都市計畫科轉呈內政部</p> <p>中華民國 1 0 7 年 1 1 月 2 2 日</p> <p>陳情書人：劉：謝<br/>鄭：成<br/>鄭：成<br/>鄭：成<br/>鄭：成</p> <p>第 001 頁 共 001 頁</p> <p>附件一：都市計畫公開展覽外編第 000100 號地如函影本乙份。<br/>附件二：台北市大同區龍院一小段 30 段土地(如北 4)表 10 影本乙份。</p> |              |

