

各中央目的事業主管機關認定受嚴重特殊傳染性肺炎影響產業台水公司優惠用戶減免清單

| 序 號 | 水號(11碼) (必填) | 營利事業 統一編號 (選填) | 營業人或機構 名稱 (必填) | 負責人 姓名 (必填) | 營業地址 (必填) | 生效月份 (必填) | 適用級距 (必填) | 聯絡電話 (必填) |
|--------|-----------------|----------------------|----------------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

註：本表請於每週五以正式公函並提供電子檔(檔名為給檔日期，例 1090417)予台水公司。