

臺中市南屯區衛生所檔案應用申請書

申請書編號：

承辦人：

| 姓名 | 出生年月日 | 身分證明文件字號 | 住(居)所、聯絡電話 | |
|---|-------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| 申請人 | | | 地址 | |
| | | | 電話 | (H) (O) |
| | | | e-mail | |
| ※代理人 <small>(與申請人之關係)</small> | | | 地址 | |
| | | | 電話 | (H) (O) |
| ※法人、團體、事務所或營業所 | | | | |
| 名稱： | | | | |
| 地址： | | | | |
| (管理人或代表人資料請填於上項申請人欄位) | | | | |
| 序號 | 請先查詢檔案目錄後填入 | | 申請項目(可複選) | |
| | 檔號 | 檔案名稱或內容要旨 | 【閱覽、抄錄】 | 【複製】 |
| 1 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ※序號_有使用檔案原件之必要，事由： | | | | |
| 申請目的： <input type="checkbox"/> 歷史考證 <input type="checkbox"/> 學術研究 <input type="checkbox"/> 事證稽憑 <input type="checkbox"/> 業務參考 <input type="checkbox"/> 權益保障 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 個人或關係人資料查詢 <input type="checkbox"/> 新聞刊物報導 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 其他(請敘明目的)： | | | | |
| 此致 臺中市南屯區衛生所 | | | | |
| 申請人簽章： | | | ※代理人簽章： | |
| 申請日期：中華民國 年 月 日 | | | | |

★依個人資料保護法，此文件僅供臺中市南屯區衛生所檔案調閱使用，未經許可不得移作他用。