

高雄市路竹區衛生所檔案應用申請書

申請書編號：

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： e-mail：
代理人與申請人之關係 ()			地址： 電話： e-mail：
※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="radio"/> 閱覽 <input type="radio"/> 抄錄 <input type="radio"/> 複製
2			<input type="radio"/> 閱覽 <input type="radio"/> 抄錄 <input type="radio"/> 複製
3			<input type="radio"/> 閱覽 <input type="radio"/> 抄錄 <input type="radio"/> 複製
4			<input type="radio"/> 閱覽 <input type="radio"/> 抄錄 <input type="radio"/> 複製
5			<input type="radio"/> 閱覽 <input type="radio"/> 抄錄 <input type="radio"/> 複製
6			<input type="radio"/> 閱覽 <input type="radio"/> 抄錄 <input type="radio"/> 複製
※序號 有使用檔案原件之必要，事由：			
申請目的(可複選)： <input type="radio"/> 個人或關係人資料查詢 <input type="radio"/> 學術研究 <input type="radio"/> 新聞刊物報導 <input type="radio"/> 業務參考 <input type="radio"/> 歷史考證 <input type="radio"/> 事證稽評 <input type="radio"/> 權益保證 <input type="radio"/> 其他（請敘明目的）			
此致 高雄市路竹區衛生所			
申請人簽章：		印章	代理人簽章：
			印章
			申請日期： 年 月 日

請詳閱後附填寫須知