

高雄市美濃區衛生所檔案應用申請書

姓 名	出 生 年月日	身分證明 文件字號	住(居)所、聯絡電話
			地址：_____
			電話：(H)_____ (O)_____
			e-mail：_____
※代理人 與申請人之關係 ()			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) 【閱覽、抄錄】 【複製】
	檔 號	檔案名稱或內容要旨	
1			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
2			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
3			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
4			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
5			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
6			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
7			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
8			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
9			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
10			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
※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"/> 其他(請敘明目的)：_____			
此致 高雄市美濃區衛生所			
申請人簽章： ※代理人簽章：		申請日期： 年 月 日	

請詳閱後附填寫須知

填 寫 須 知

- 一、※標記者，請依需要加填，其他欄位請填具完整。
- 二、身分證明文件字號請填列身分證字號或護照號碼。
- 三、代理人如係意定代理者，請檢具委任書；如係法定代理者，請檢具相關證明文件影本。申請案件屬個人隱私資料者，請檢具身分關係證明文件。
- 四、法人、團體、事務所或營業所請附設立證明文件（須加蓋大、小章）。
- 五、本所檔案應用准駁依檔案法第 18 條、政府資訊公開法第 18 條、行政程序法第 46 條及其他法令之規定辦理。
- 六、閱覽、抄錄或複製檔案，應於本局「檔案應用閱覽處所須知」所定時間及處所為之。
- 七、閱覽、抄錄或複製檔案，應遵守「高雄市政府社會局檔案應用閱覽處所須知」規定，並不得有下列行為：
 - （一）添註、塗改、更換、抽取、圈點或污損檔案。
 - （二）拆散已裝訂完成之檔案。
 - （三）以其他方法破壞檔案或變更檔案內容。
 - （四）檔案內容有部分應限制應用而遮掩者，擅自撕除。
 - （五）擅自將檔案帶離閱覽處所。
 - （六）擅自進入檔案作業或典藏處所。
- 八、閱覽、抄錄或複製檔案收費標準，依國家發展委員會檔案管理局所訂之「檔案閱覽抄錄複製收費標準」之附表收費。
- 九、應用檔案而侵害他人之著作權或隱私權等權益時，應由應用者自負責任。
- 十、申請書填具後，以書面通訊方式送達高雄市美濃區衛生所。

地址：高雄市美濃區合和里美中路 246 號

電話：07-6812064

傳真：07-6818641
- 十一、檔案應用開放時間：星期一至星期五上午 9 時至 12 時及下午 2 時至 5 時，例假日及國定假日不開放；如有其他特殊原因停止開放時，另行於本局網頁公告週知。