

高雄市內門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 |
|--|--------------|---------------|---|
| 申請人 | | | 地址： 電話：(H) (O) 手機： |
| 代理人與申請人 之關係 () | | | 地址： 電話：(H) (O) 手機： |
| ※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 | 檔號或收發 文字號 | 檔案名稱或 內容要旨 | 申請項目(可複選) 【閱覽、抄錄、複製】 |
| 1 | | | <input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 抄錄 <input type="checkbox"/> 複製 |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 抄錄 <input type="checkbox"/> 複製 |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 抄錄 <input type="checkbox"/> 複製 |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 抄錄 <input type="checkbox"/> 複製 |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 抄錄 <input type="checkbox"/> 複製 |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 抄錄 <input type="checkbox"/> 複製 |
| 7 | | | <input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 抄錄 <input type="checkbox"/> 複製 |
| 8 | | | <input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 抄錄 <input type="checkbox"/> 複製 |
| 9 | | | <input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 抄錄 <input type="checkbox"/> 複製 |
| 10 | | | <input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 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(可複選)： <input type="checkbox"/> 個人或關係人資料查詢 <input type="checkbox"/> 學術研究 <input type="checkbox"/> 新聞刊物報導 <input type="checkbox"/> 業務參考 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明目的)： | | | |
| 此致 高雄市內門區衛生所 申請人簽章： 印章 ※代理人簽章： | | | |
| 申請日期： 年 月 日 | | | |