

高雄市鳥松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：(H)_____ (O) 傳真： e-mail：
※代理人			地址：
與申請人之關係 ()			電話：(H)_____ (O)

申請人職業：學生 軍 公 教 自由業 服務業 其他：

※ 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	(請先至國家檔案相關資訊網查明後填入)		檔案名稱或內容要旨	申請項目(可複選) 【閱覽、抄錄】【複製】
	檔號	系統流水號		
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"/>
9				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

※序號_____有使用檔案原件之必要，事由：

申請目的：個人或關係人資料查詢 學術研究 新聞刊物報導 業務參考
其他(請敘明目的)：

此致 高雄市鳥松區衛生所

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、申請機關檔案有檔案法第18條所定情形之一者，本院得予駁回。
- 五、閱覽、抄錄或複製檔案，應於本院所定時間及場所為之。
- 六、閱覽、抄錄或複製檔案，應遵守本院檔案閱覽、複製有關規定，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) 未經許可，擅自將卷宗資料之部分或全部帶離閱覽處所。
 - (五) 私自進入檔案作業處所或庫房。
- 七、閱覽、抄錄檔案、複製之收費標準請參考『檔案複製收費標準表』。
- 八、申請書填具後，得以書面通訊方式送高雄市烏松區衛生所檔案室。

地址：高雄市烏松區文前路文北巷一弄四號。

電話：(07)7316404。
- 九、檔案應用場所：高雄市烏松區衛生所檔案室。

地址：高雄市烏松區文前路文北巷一弄四號。

電話：(07) 7316404。

開放時間：星期一至星期五，上午9時至上午11時30分下午2時至下午4時。例假日及國定假日不對外開放。
- 十、本表檔案申請欄如不敷使用，請另紙書寫並裝訂於申請書後。

