

# 高雄市小港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：<br>電話：<br>E-mail： |
| 代理人與申請人之關係<br>( ) |       |          | 地址：<br>電話：<br>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 | 檔號或收發文字號 | 檔案名稱或內容要旨 | 申請項目(可複選)<br>【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 |

※序號\_\_\_\_\_有使用檔案原件之必要，事由：

申請目的(可複選)：

- 個人或關係人資料查詢  
  學術研究  
  新聞刊物報導  
  業務參考  
  歷史考證  
 事證稽憑  
 權益保障  
 其他(請敘明目的)：

此致 高雄市小港區衛生所

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

## 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登記證影本。
- 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，應於本所檔案閱覽規則所定時間及場所為之。
- 七、閱覽、抄錄或複製檔案，應遵守檔案應用規範有關規定，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) 拆散已裝訂完成永久檔案。
  - (三) 以其他方法破壞檔案或變更檔案內容。
  - (四) 擅自將檔案帶離指定處所。
  - (五) 擅自進入檔案作業或保管處所。
- 八、閱覽、抄錄或複製檔案收費標準：詳檔案閱覽抄錄複製收費標準。
- 九、申請書填具後，得以書面通訊方式送高雄市小港區衛生所收發室。

地址：高雄市小港區小港二街 10 號

電話：07-8218802 轉 12