

附表一

高雄市田寮區衛生所

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	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

※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 高雄市田寮區衛生所

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