

高雄市燕巢區衛生所檔案應用申請書(附件一)

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 王小明	50/1/23	A123456789	地址： 高雄市 00 區 00 路 0 巷 0 弄 0 號 0 樓 電話：(H) 07-1234567 (O) 手機： 0987654321
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	102/0101/8/1/001	檢陳 0000 案	<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 抄錄 <input checked="" type="checkbox"/> 複製
2	10270079100	有關 0000 案	<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 抄錄 <input checked="" 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 checked="" 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 高雄市燕巢區衛生所 申請人簽章： 王小明 印章 ※代理人簽章：			
申請日期：000 年 00 月 00 日			