

附表一

高雄市左營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)： <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"/> 歷史考證 <input type="checkbox"/> 事證稽憑 <input type="checkbox"/> 權益保障 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明目的)：			
此致 高雄市左營區衛生所			
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

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，依檔案法第十八條、政府資訊公開法第十八條、行政程序法第四十六條及其他法令之規定辦理。
- 六、 閱覽、抄錄或複製檔案，應於本所檔案應用作業要點所定時間及場所為之。
- 七、 閱覽、抄錄或複製檔案，應遵守本所檔案應用作業要點有關規定，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左營區衛生所。

地址：高雄市左營區進學路4號

電話：07-5817191 轉 33