高雄市湖內區衛生所檔案應用申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 出生年月日 | 身分證明文件 | 住(居)所、聯絡電話 |
| 申請人 |  |  |  |
| 代理人與申請人關係 |  |  |  |
| ＊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相申請人欄位) | | | |
| 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 |  |  | **□閱覽□抄錄□複製** |
| 2 |  |  | **□閱覽□抄錄□複製** |
| 3 |  |  | **□閱覽□抄錄□複製** |
| 4 |  |  | **□閱覽□抄錄□複製** |
| 5 |  |  | **□閱覽□抄錄□複製** |
| 6 |  |  | **□閱覽□抄錄□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□其他(請敘明目的) | | | |
| 此致 高雄市湖內區衛生所  申請人簽章: 代理人簽章:  申請日期: 年 月 日 | | | |