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			