

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 文件字號	住(居)所、聯絡電話
申請人			地址： 電話：(H) (O) 手機：
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			☐ 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
7			☐ 閱覽 ☐ 抄錄 ☐ 複製
8			☐ 閱覽 ☐ 抄錄 ☐ 複製
9			☐ 閱覽 ☐ 抄錄 ☐ 複製
10			☐ 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： 申請日期： 年 月 日 印章 ※代理人簽章：			