

高雄市立中醫醫院 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			<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
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 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 高雄市立中醫醫院			
申請人簽章：		印章	※代理人簽章：
申請日期： 年 月 日			

高雄市立中醫醫院 檔案應用申請書填寫須知

- 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、申請本院檔案有以下各項所定情形(檔案法第18條)之一者,本院得予駁回:
 - (一)有關國家機密者。
 - (二)有關犯罪資料者。
 - (三)有關工商秘密者。
 - (四)有關學識技能檢訂及資格審查之資料者。
 - (五)有關人事及薪資資料者。
 - (六)依法令或契約有保密之義務者。
 - (七)其他為維護公共利益或第三人之正當權益者。
- 六、閱覽、抄錄或複製本院檔案,應於本院所定時間及場所為之。
- 七、閱覽、抄錄或複製本院檔案,應遵守本院檔案閱覽、複製有關規定,不得有下列行為:
 - (一)添註、塗改、更換、抽取、圈點或污損檔案。
 - (二)自行拆散已裝訂完成之檔案。
 - (三)以其他方法破壞檔案或變更檔案內容。
- 八、閱覽、抄錄或複製檔案之收費方式請參閱「檔案閱覽抄錄複製收費標準」。
- 九、應用申請書表之申請欄如不敷使用,請另紙書寫並裝訂於申請書後。
- 十、申請書填具後,得以書面通訊方式送至本院。

通訊地址:802019 高雄市苓雅區凱旋二路132號2樓總務室

聯絡電話:(07)713-3186#213

傳真電話:(07)713-6086

e-mail:kcmh@kcg.gov.tw