

高雄市旗津區衛生所檔案應用簽收單

共 2 聯 (1 聯受理單位備查、1 聯申請人收執)

申請書編號： 申請人： 代理人：	約定應用日期： 年 月 日 應用時間： 時 分 至 時 分
------------------------	--

序號	檔號/ 收發文號	案由/案名	應用方式	還卷註記	頁數	備註
1			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 還卷 <input type="checkbox"/> 續閱		
2			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 還卷 <input type="checkbox"/> 續閱		
3			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 還卷 <input type="checkbox"/> 續閱		
4			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 還卷 <input type="checkbox"/> 續閱		
5			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 還卷 <input type="checkbox"/> 續閱		
6			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 還卷 <input type="checkbox"/> 續閱		
			<input type="checkbox"/> 閱覽	<input type="checkbox"/> 還卷		