高雄市大社區衛生所檔案應用申請書

申請書編號：

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： e-mail：
※代理人 與申請人之關係 (　　)			地址： 電話：(H)　　(O)
※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	請先查詢檔案目錄後填入		申請項目（可複選）			
	檔號或文(編)號	檔案名稱或內容要旨或其他可供查詢檔號或文(編)號之資訊	閱覽抄錄	複製紙本		複製電子檔
				黑白	彩色	
1			□	□	□	□
2			□	□	□	□
3			□	□	□	□
4			□	□	□	□
5			□	□	□	□

※註：檔案應用申請，可直接利用機關檔案目錄查詢網系統產出之申請書，或下載空白申請書自行填寫，或以書面載明規定事項，如「檔號」、「文(編)號」或「檔案名稱或內容要旨」其中之一之資訊已填具，請受理申請機關秉持為民服務精神，應行協助查明並受理，毋須退件處理。

※序號 _____有使用檔案原件之必要，事由：_____

申請目的：□歷史考證　□學術研究　□事證稽憑　□業務參考　□權益保障
□其他（請敘明目的）：_____

此致　高雄市大社區衛生所

申請人簽章：　　※代理人簽章：　　申請日期：　年　月　日

承辦人：　　單位主管：　　檔管人員：　　機關首長: