

## 高雄市大寮區衛生所檔案應用簽收單

一式共二聯（一聯受理單位備查、一聯申請人收）

申請人： 承辦人：		約定應用日期：    年    月    日 應用時間：起    時    分 迄    時    分				
序號	檔號/ 收發文字號	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"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
2			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
3			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
4			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
5			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
6			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
7			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
8			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
9			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
10			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
申請人確認借調檔案內容、頁數及件數無誤簽收： 日期：       年       月       日						