

高雄市立中醫醫院檔案應用申請書

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：(H) (O)
※ 代理人			地址： 電話：(H) (O)
與申請人之關係 ()			
※ 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"/> <input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
※序號_____有使用檔案原件之必要，事由：			
申請目的： <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 (可複選) <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： <input style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;" type="text"/> 印章 ※代理人簽章： <input style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;" type="text"/> 印章 申請日期： 年 月 日			

請詳閱後附填寫須知

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、申請機關檔案有檔案法第 18 條所定情形之一者，機關得予駁回。
- 六、閱覽、抄錄或複製檔案，應於各機關檔案閱覽規則所定時間及場所為之。
- 七、閱覽、抄錄或複製檔案，應遵守檔案應用有關規定，並不得有下列行為：
 - (一)添註、塗改、更換、抽取、圈點或污損檔案。
 - (二)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、申請書填具後，得以書面通訊方式送高雄市立中醫醫院。

地址：高雄市前金區中華三路 68 號 1-4 樓部分樓層（新盛街入口）

電話：07-216-3186 分機 304、322

傳真：07-216-6086

e-mail：kcmch@kcg.gov.tw