

附表一

高雄市立中醫醫院檔案閱覽抄錄複製申請書

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)
※ 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	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"/>
7			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10			<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 (機關全銜) 申請人簽章： <input type="checkbox"/> 印章 ※代理人簽章： 申請日期： 年 月 日			