高雄市立中醫醫院 檔案應用申請書

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) 手機：
代理人與申請人 之關係 (　　)			地址： 電話：(H) (O) 手機：

※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			□閱覽 □抄錄 □複製
2			□閱覽 □抄錄 □複製
3			□閱覽 □抄錄 □複製
4			□閱覽 □抄錄 □複製
5			□閱覽 □抄錄 □複製
6			□閱覽 □抄錄 □複製
7			□閱覽 □抄錄 □複製
8			□閱覽 □抄錄 □複製
9			□閱覽 □抄錄 □複製
10			□閱覽 □抄錄 □複製

※序號_____有使用檔案原件之必要，事由：

申請目的(可複選)：□個人或關係人資料查詢□學術研究□新聞刊物報導□業務參考□其他(請敘明目的)：

此致
高雄市立中醫醫院

申請人簽章：　　印章　　※代理人簽章：

申請日期：　　年　　月　　日

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: 高雄市苓雅區凱旋二路 132 號 2 樓(中醫醫院行政樓層)

電話:07-713-3186 分機 213

傳真:07-713-6086

e-mail:kmcmh@kcg.gov.tw