

臺中市神岡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
			地址： 電話：(H)____(O) 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	檔案名稱或內容要旨	【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"/>
※序號_____有使用檔案原件之必要，事由：			
申請目的： <input type="checkbox"/> 歷史考證 <input type="checkbox"/> 學術研究 <input checked="" type="checkbox"/> 事證稽憑 <input type="checkbox"/> 業務參考 <input checked="" type="checkbox"/> 權益保障 <input type="checkbox"/> 其他（請敘明目的）：			
此致 臺中市神岡區衛生所申請人簽章：_____※代理人簽章：			
申請日期：__年__月__日			