

臺中市北屯區四民衛生所檔案應用申請書(範例)

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	王 O 明	A123456789	地址：420206 臺中市豐原區中興路 136 號 電話：〈H〉 04-25265394 〈O〉 e-mail：00000@gmail.com
※代理人 與申請人之關係：	王 O 美 父女	B223456789	地址：420206 臺中市北屯區豐樂路 106 號 電話：(H) 04-25265394 (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)			
申請人職業： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 自由業 <input checked="" type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 其他：			
序號	請先查詢檔案目錄後填入		申請項目(可複選)
	文號	檔案名稱或內容要旨	
1	109.10.1中市北屯四 民衛字第109000011	病歷調閱	<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input checked="" type="checkbox"/> 複製
2			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
3			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
4			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
5			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
※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 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 臺中市北屯區四民衛生所 申請人簽章：王 O 明 ※代理人簽章：王 O 美 申請日期：000年00月00日			

◎請詳閱後附填寫須知