

臺中市龍井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			
申請人			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)			
	檔號或文(編)號	檔案名稱或內容要旨	閱覽 抄錄	複製紙本 黑白 彩色		複製 電子檔
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 type="checkbox"/> 事證稽憑 <input type="checkbox"/> 業務參考 <input type="checkbox"/> 權益保障 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明目的)：_____						
此致 臺中市龍井區衛生所						
申請人簽章：		※代理人簽章：		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、護照或居留證號碼。
- 三、代理人如係意定代理者，請檢具委任書；如係法定代理者，請檢具身分關係證明文件影本。申請案件含有個人隱私資訊者，請併附身分證明文件影本。
- 四、法人、團體、事務所或營業所請附登記證影本。
- 五、本處檔案應用准駁依檔案法第 18 條、政府資訊公開法第 18 條、行政程序法第 46 條及其他法令之規定辦理。
- 六、閱覽、抄錄或複製檔案，應於本處所定時間及場所為之。
- 七、閱覽、抄錄或複製檔案，應遵守檔案法相關規定，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依檔案管理局訂定之檔案閱覽抄錄複製收費標準計算。
- 九、應用檔案而侵害他人之著作權或隱私權等權益時，應由應用者自負責任。
- 十、申請書填具後，得以親持或書面通訊方式送臺中市龍井區衛生所。

地址：434028 臺中市龍井區竹坑里沙田路四段 243 號

電話：04-26352228

傳真：04-26351779
- 十一、本申請案件之准駁，自受理之日起 30 日內，將以書面通知申請人；如有通知補正者請於 7 日內補正，屆期不補正或不能補正者，得駁回申請。