

## 臺中市南區衛生所檔案應用申請書

申請書編號

		身分證明	
姓 名	出生年月日	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			地址：
			電話：(H)
與申請人之關係：			(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 type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 其他：			
	請先查詢檔案目錄後填入		
序號	檔號或文號	檔案名稱或內容要旨	申請項目(可複選)

			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄
1			<input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄
2			<input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄
3			<input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄
4			<input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄
5			<input type="checkbox"/> 複製
<p>※序號                      有使用檔案原件之必要，事由：</p>			
<p>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</p> <p><input type="checkbox"/>其他(請敘明目的)：</p>			
<p>此致 臺中市南區衛生所</p>			
<p>申請人簽章：                      ※代理人簽章：                      申請日期：     年     月</p>			
<p>日</p>			

◎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統一編號或護照號碼。

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、本所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，應於本局所定時間及場所為之。

七、申請人應用檔案，應遵守檔案法有關規定，保持檔案資料之完整，並不得有下列

行為：

(1) 攜帶食物、飲料、刀片、墨汁及修正液等易污損或破壞檔案之物品。

(2) 添註、塗改、更換、抽取、圈點或污損檔案。

(3) 拆散已裝訂完成之檔案。

(4) 以其他方法破壞檔案或變更檔案內容。

(5) 未經許可，擅自將檔案之一部或全部攜離檔案應用處所。

八、閱覽、抄錄或複製檔案收費標準：依國家發展委員會檔案管理局訂定之檔案

閱覽抄錄複製收費標準規定收費。

九、申請書填具後，得以書面通訊方式送臺中市南區衛生所。

地址：402 臺中市南區工學路 72 號 2 樓

電話：(04) 22629735

傳真：(04) 22622015

