

台中市中西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： 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或其他可供查詢檔號或文(編)號之資訊	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"/>
<p>※註：檔案應用申請，可直接利用機關檔案目錄查詢網系統產出之申請書，或下載空白申請書自行填寫，或以書面載明規定事項，如「檔號」、「文(編)號」或「檔案名稱或內容要旨」其中之一之資訊已填具，請受理申請機關秉持為民服務精神，應行協助查明並受理，毋須退件處理。</p>						
<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 (機關全銜)</p> <p>申請人簽章： _____ ※代理人簽章： _____ 申請日期： 年 月 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、本機關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（檔案應用規範）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、抄錄或複製檔案收費標準。
- 九、應用檔案而侵害第三人之著作權或隱私權等權益情形時，應由申請人（代理人）自負責任。
- 十、申請書填具後，得以書面通訊方式送（機關全銜）。

地址：○○○

電話：○○○

傳真：○○○
- 十一、其他應告知事項.....