

嘉義市東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 ※ 代理人 (與申請人之關係)			地址：_____ _____ 電話：_____ 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	發文年度及文號	檔案名稱或內容要旨	申請項目 (可複選)	
			【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"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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： 個人或關係人資料查詢 學術研究 新聞刊物報導 業務參考

其他 (請敘明目的) _____

此致 嘉義市東區衛生所

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，其他欄位填具完整。
- 二、身分證明文件字號請填列身分證字或護照號碼。
- 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、申請機關檔案有檔案法第十八條所定情形之一者，本機關得予駁回。
- 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）拆散已裝訂定完成之檔案。
 - （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：依「檔案閱覽抄錄複製收費標準」。
- 九、申請書填具後，得以書面通訊方式送嘉義市東區衛生所。
地址：嘉義市大雅路二段 625 號
電話：05-2750423
- 十、受理單位檢查申請案件如有不合規定或資料不全者，經通知後請於七日內補正；逾期不補正或不能補正者，得駁回申請。