臺中市后里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 王０明	65年1月1日	B123456789	地址：臺中市后里區公安路86號 電話：〈H〉04-25562048 〈O〉04-25562048 e-mail：123@taichung.gov.tw
※代理人 林０美 與申請人之關係：	68年1月1日	L123456789	地址：臺中市后里區公安路86號 電話：(H) 04-25562048 (O) 04-25562048

※ 法人、團體、事務所或營業所名稱：好健康
地址：臺中市后里區公安路86號
(管理人或代表人資料請填於上項申請人欄位)

申請人職業：□學生 □軍 □公 □教 □自由業 □服務業 □其他：

序號	請先查詢檔案目錄後填入 檔號或文號	檔案名稱或內容要旨	申請項目(可複選)
1	100.10.1后衛字第10500011756	預防注射	■閱覽、抄錄 □複製
2			□閱覽、抄錄 □複製
3			□閱覽、抄錄 □複製
4			□閱覽、抄錄 □複製
5			□閱覽、抄錄 □複製

※序號　　有使用檔案原件之必要，事由：

申請目的：□歷史考證 □學術研究 □事證稽憑 ■業務參考 □權益保障
□其他(請敘明目的)：

此致　臺中市后里區衛生所

申請人簽章：王０明　　※代理人簽章：林０美　　申請日期：　年　月　日

◎請詳閱後附填寫須知