臺中市后里區衛生所檔案應用申請書

申請書編號

<table>
<tr><td>姓　名</td><td>出生年月日</td><td>身分證明
文件字號</td><td colspan="2">住(居)所、聯絡電話</td></tr>
<tr><td>申請人</td><td></td><td></td><td colspan="2">地址：
電話：〈H〉　　〈O〉
e-mail：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">※代理人

與申請人之關係：</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td colspan="2">地址：</td></tr>
<tr><td colspan="2">電話：(H)
(O)</td></tr>
<tr><td colspan="5">※ 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)</td></tr>
<tr><td colspan="5">申請人職業：□學生 □軍 □公 □教 □自由業 □服務業 □其他：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">序號</td><td colspan="2">請先查詢檔案目錄後填入</td><td colspan="2" rowspan="2">申請項目(可複選)</td></tr>
<tr><td>檔號或文號</td><td>檔案名稱或內容要旨</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td></td><td colspan="2">□閱覽、抄錄
□複製</td></tr>
<tr><td>2</td><td></td><td></td><td colspan="2">□閱覽、抄錄
□複製</td></tr>
<tr><td>3</td><td></td><td></td><td colspan="2">□閱覽、抄錄
□複製</td></tr>
<tr><td>4</td><td></td><td></td><td colspan="2">□閱覽、抄錄
□複製</td></tr>
<tr><td>5</td><td></td><td></td><td colspan="2">□閱覽、抄錄
□複製</td></tr>
<tr><td colspan="5">※序號　　有使用檔案原件之必要，事由：</td></tr>
<tr><td colspan="5">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)：</td></tr>
<tr><td colspan="5">此致　臺中市后里區衛生所

申請人簽章：　　※代理人簽章：　　申請日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

◎請詳閱後附填寫須知