|  |
| --- |
|  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 |  |  | 地址：電話：〈H〉 〈O〉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) |
| 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 | 申請項目(可複選) |
| 檔號或文號 | 檔案名稱或內容要旨 |
| 1 |  |  | □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：　　　　 　　　 ※代理人簽章：　　　　　　 申請日期：　　年　　月　　日 |

◎請詳閱後附填寫須知