

臺南市政府衛生局檔案應用申請書

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)

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		複製 電子檔
				黑白	彩色	
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"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<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： 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 臺南市政府衛生局
 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，其他欄位請填具完整。
- 二、身分證明文件字號請填列身分證字號或護照號碼。
- 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，應於本局指定之時間及場所為之。
- 七、閱覽、抄錄或複製檔案，應遵守臺南市政府及所屬機關檔案申請應用注意事項有關規定，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：依檔案閱覽抄錄複製收費標準收取費用。
- 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臺南市政府衛生局。
住址:林森辦公室 701017 臺南市東區林森路一段 418 號 電話：(06)267-9751
東興辦公室 730213 臺南市新營區東興路 163 號 電話：(06)635-7716
- 十一、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 7 日內補正；屆期不補正或不能補正者，得駁回申請。