

# 衛生福利部台東醫院

## 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：_____
			※e-mail：_____
代理人			地址：_____
與申請人之關係			電話：_____

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	檔案名稱或內容要旨	【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"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 **衛生福利部台東醫院**

※申請人簽章：\_\_\_\_\_ 代理人簽章：\_\_\_\_\_ ※申請日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

收文號：

填 寫 須 知

- 一、※標記者，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。
- 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 18 條所定情形之一者，機關得予駁回。
- 六、依法令或契約有保密之義務者。
- 七、其他為維護公共利益或第三人之正當權益者。
- 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、抄錄或複製檔案之收費方式請洽詢檔案管有機關。
- 九、申請書填具後，得以書面通訊方式送檔案管理單位。

地址：

電話：

傳真：