

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	地 址、聯 絡 電 話
申請人：			地址： 電話：
※代理人： 與申請人之關係 () ※代理人應檢附文件如下： 1. 意定代理人：應附委任書。 2. 法定代理人：應檢附相關身分證明文件。			地址： 電話：
※法人、團體、事務所或營業所【請併附登記證明文件影本】 名稱： 地址： 電話：			
序 號	檔 號 / 公 文 文 號	檔 案 名 稱 內 容 要 旨	申 請 項 目 (可 複 選)
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 歷史考證 <input type="checkbox"/> 學術研究 <input type="checkbox"/> 事證稽憑 <input type="checkbox"/> 業務參考 <input type="checkbox"/> 權益保障 <input type="checkbox"/> 其他(請敘明)：_____		
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			

申請檔案應用請詳閱後附填寫須知

填寫須知

- 一、申請應用本機構檔案，請詳閱「衛生福利部所屬四級機構申請檔案應用作業須知」，並填寫本申請書。
- 二、本申請書各欄位請完整填具，標記「※」者，請依需要加填。
- 三、申請人委任意定代理人代為申請時，應檢具委任書；申請人如係法定代理者，應檢具相關身分證明文件備供查驗；申請人為法人、團體者，應附登記證明文件影本，申請案件屬個人隱私資料者，應檢具登記證明文件影本。
- 四、申請人於接獲檔案應用核准通知書後，應依本機構所定時間、處所應用檔案，並檢具本機構核准通知書及身分證明文件備供查驗；如無法依所定時間應用檔案時，應先告知本機構，並另行約定檔案應用時間。
- 五、本機構檔案應用准駁依檔案法第十八條、政府資訊公開法第十八條、行政程序法第四十六條，以及其他法令規定辦理。
- 六、填具申請書或以書面載明規定事項，得以寄送或傳真方式向本機構提出申請。

地址：(950) 臺東市五權街一號

電話：(089) 324112

傳真：(089)323891