

## 臺中市大雅區衛生所檔案應用申請書

姓名	出生年月日	身分證明文件字號	住(居)所、連絡電話
	年 月 日		地址： 電話： E-mail：
※代理人與申請人之關係 ( )	年 月 日		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)	
	文號	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"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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