

臺北市文山區健康服務中心檔案應用申請書

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	請先至機關檔案目錄查詢網 (http://near.archives.gov.tw) 查詢檔號、檔案名稱或內容要旨後填入		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			☐	☐
2			☐	☐
3			☐	☐
4			☐	☐
5			☐	☐
6			☐	☐
7			☐	☐

※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 臺北市文山區健康服務中心

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。
- 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十八條所定情形之一者，本機關得予駁回。
- 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（檔案應用規範）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管理局頒行之「檔案閱覽抄錄複製收費標準」收費。
- 九、 應用檔案而侵害他人之著作權或隱私權等權益時，應由應用者自負責任。
- 十、 申請書填具後，得以書面通訊方式送臺北市文山區健康服務中心。

地址： 臺北市文山區木柵路三段220號3樓
電話：〈02〉2234-3501
傳真：〈02〉2234-3510
- 十一、 檔案應用場所：臺北市文山區健康服務中心檔案室。

開放時間：週一至週五，上午九時至十二時、下午二時至五時，例假日及國定假日
不對外開放。