

臺北市北投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			地址：_____	
與申請人之關係			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)		申請項目(可複選)	
	查詢檔號、檔案名稱或內容要旨後填入			
	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"/>
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"/>
※ 序號 _____ 有使用檔案原件之必要，事由：_____				

申請目的	<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(請敘明目的)：			
此致此致臺北市北投區健康服務中心				
申請人簽章：_____※代理人簽章：_____申請日期：__年__月__日				

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、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、抄錄或複製檔案依檔案管理局訂定之收費標準計算。
- 九、申請書填具後，得以書面通訊方式送臺北市北投區健康服務中心。
- 十、本申請案件之准駁，自受理之日起 30 日內，將以書面通知申請人；如有通知補正者，請於 7 日內補正，屆期不補正或不能補正者，得駁回申請。