

臺北市北投區健康服務中心檔案應用申請書(範例)

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  王大明	65.10.1	A123456789	地址： <u>台北市北投區石牌路二段111號7樓</u> 電話：(H) <u>102)2826-1026</u> (O) _____ e-mail： _____
※代理人			地址： 電話：(H) (O)
與申請人之關係			

※ 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( <a href="http://near.archives.gov.tw">http://near.archives.gov.tw</a> ) 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	0000/000000/0/0/0	○○○○○	<input checked="" 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 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)：

此致此致臺北市北投區健康服務中心

申請人簽章：王大明 ※代理人簽章： \_\_\_\_\_ 申請日期：101年1月2日