

臺中市大肚區衛生所檔案應用申請書(範例)

姓名	出生年月日	身分證明文件字號	住(居)所、連絡電話
王小花	65年 1 月 1 日	L123456789	地址：臺中市大肚區榮華街1號 電話：04-26992111 E-mail：123@taichung.gov.tw
※代理人與申請人之關係 (本人)	65年 1 月 1 日	L123456789	地址：臺中市大肚區榮華街1號 電話： (H) 26992111 (0)

※法人、團體、事務所或營業所名稱：好健康協會

地址：臺中市大肚區榮華街1號

(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	10500011756	健康促進	<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"/>

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：王小花

※代理人簽章：_____ 申請日期：110年1月1日