

附表一 臺中市大肚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) 1
※法人、團體、事務所或營業所名稱： 1 地址： 1 (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) 【閱覽、抄錄】 【複製】
	文號	檔案名稱或內容要旨	
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： <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)： 1 此致 申請人簽章： ※代理人簽章： 申請日期： 年月日			