

# 填寫範例

## 國立成功大學醫學院附設醫院檔案應用申請單

■一般 □敏感 □密

文件編號：G000-4-03-009

版本：V1

紀錄編號：

姓名	<u>出生年月日</u> 身分證明文件字號	住(居)所、聯絡電話	
申請人 <b>王小明</b>	D111111111	地址：臺南市勝利路 138 號 電話：06-2353535 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	檔 號	檔 案 名 稱 或 內 容 要 旨	申 請 項 目 ( 可 複 選 ) 【閱覽、抄錄】【複製】
1	098/03010212 /1/01/002	本院勞資會議案	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
2	099/021401/1 /01/010	本院公保給付案	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" 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 checked="" 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 國立成功大學醫學院附設醫院 申請人簽章： _____ ※代理人簽章： _____ 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日			