

衛生福利部胸腔病院檔案應用申請書

申請書編號：

姓名	出生年月日	身分證明文件字號	地址、聯絡電話
申請人：			地址： 電話：
※代理人： 與申請人之關係 () ※代理人應檢附文件如下： 1. 意定代理人：應附委任書。 2. 法定代理人：應檢附相關身分證明文件。			地址： 電話：
※法人、團體、事務所或營業所【請併附登記證明文件影本】			
名稱：			
地址：			
電話：			
序號	檔號／公文文號	檔案名稱內容要旨	申請項目（可複選）
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
			<input type="checkbox"/> 閱覽、抄錄 <input type="checkbox"/> 複製
申請理由	<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）：_____		
此致 衛生福利部胸腔病院 申請人簽章： ※代理人簽章： 申請日期： 年 月 日			

申請檔案應用請詳閱後附填寫須知

填寫須知

- 一、申請應用本機構檔案，請詳閱「衛生福利部所屬四級機構申請檔案應用作業須知」，並填寫本申請書。
- 二、本申請書各欄位請完整填具，標記「※」者，請依需要加填。
- 三、申請人委任意定代理人代為申請時，應檢具委任書；申請人如係法定代理人，應檢具相關身分證明文件備供查驗；申請人為法人、團體者，應附登記證明文件影本，申請案件屬個人隱私資料者，應檢具登記證明文件影本。
- 四、申請人於接獲檔案應用核准通知書後，應依本機構所定時間、處所應用檔案，並檢具本機構核准通知書及身分證明文件備供查驗；如無法依所定時間應用檔案時，應先告知本機構，並另行約定檔案應用時間。
- 五、五、本機構檔案應用准駁依檔案法第十八條、政府資訊公開法第十八條、行政程序法第四十六條，以及其他法令規定辦理。
- 六、申請人向本機構申請檔案應用，應依國家發展委員會檔案管理局訂定之「檔案閱覽抄錄複製收費標準」規定繳納費用。

檔案複製格式	收費標準(新臺幣/元)			備註
	A4	B4	A3	
黑白紙張(每頁)	2 元	2 元	3 元	彩色複印以左列收費標準 5 倍計價。
電子檔案(每幅)	2 元	4 元	4 元	1. 適用已完成數位化，或原生電子形式，且圖像檔解析度 200dpi 以下者。 2. 電子儲存媒體耗材費用另計。 3. 檔案無複製品，需本局辦理數位化者，依上開收費標準表規定另行收費。
郵寄服務	郵資實支實付；每次並加收處理費用 50 元。			

- 七、申請書填具後，相關申請方式及聯絡資訊如下：
向本院申請者，申請書得以書面通訊、傳真或掃描影像檔等方式送交本院檔案管理人員。
地址：717 臺南市仁德區中山路 864 號
電話：(06)2705911
傳真：(06)2703400
E-mail：tn50495@ccd.mohw.gov.tw。