

## 國立臺北護理健康大學檔案應用申請書

申請書編號：

(※填寫前請詳閱背面填寫須知)

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			地址： 電話： 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	請先查詢檔案目錄後填入			申請項目（可複選）		
	檔號或文(編)號	檔案名稱或內容要旨或其他可供查詢檔號或文(編)號之資訊	閱覽 抄錄	複製紙本 黑白	彩色	複製 電子檔
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 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 國立臺北護理健康大學						
申請人簽章：		※代理人簽章：		申請日期： 年 月 日		

### 填 寫 須 知

- 一、※標記者，請依需要加填，其他欄位請填具完整。
- 二、身分證明文件字號請填列身分證字號、護照或居留證號碼。
- 三、代理人如係意定代理者，請檢具委任書；如係法定代理者，請檢具身分關係證明文件影本。申請案件含有個人隱私資訊者，請併附身分證明文件影本。
- 四、法人、團體、事務所或營業所請附登記證影本。
- 五、本機關檔案應用准駁依檔案法第18條、政府資訊公開法第18條、行政程序法第46條及其他法令之規定辦理。
- 六、閱覽、抄錄或複製檔案，應於各機關（檔案閱覽規則）所定時間及場所為之。
- 七、閱覽、抄錄或複製檔案，應遵守（檔案應用規範）有關規定，並不得有下列行為：
  - (一)添註、塗改、更換、抽取、圈點或污損檔案。
  - (二)拆散已裝訂完成之檔案。
  - (三)以其他方法破壞檔案或變更檔案內容。
- 八、閱覽、抄錄或複製檔案收費標準。
- 九、應用檔案而侵害第三人之著作權或隱私權等權益情形時，應由申請人（代理人）自負責任。
- 十、申請書填具後，得以親自送持或書面通訊方式送達本校。  
地址：臺北市北投區明德路365號；郵遞區號：112303  
電話：(02)28227101分機2521
- 十一、申請書自受理之日起三十日內，以書面通知申請人審核結果。