

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統一編號或護照號碼。
- 三、代理人如係意定代理者，請檢具委任書；如係法定代理者，請檢具相關證明文件影本。申請案件屬個人隱私資料者，請檢具身分關係證明文件。
- 四、法人、團體、事務所或營業所請附登記證影本。
- 五、申請本局檔案有檔案法第 18 條所定情形之一者，本所得予駁回。
- 六、閱覽、抄錄或複製檔案，應於本會所定時間及場所為之。
- 七、閱覽、抄錄或複製檔案，應遵守檔案法有關規定，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：依檔案中央主管機關訂定之檔案閱覽抄錄複製收費標準規定收費
- 九、申請書填具後，得以書面通訊方式送臺中市石岡區衛生所。
地址：422205 臺中市石岡區石岡街 6 號
電話：(04) 25721887
傳真：(04) 25722692
- 十、本申請案件之准駁，自受理之日起 30 日內，將以書面通知申請人；如有通知補正者請於 7 日內補正，屆期不補正或不能補正者，得駁回申請。