

衛生福利部中央健康保險署檔案應用簽收單

申請書編號：			核定應用日期：○年 ○月 ○日			
申請人/檔案應用人：			實際應用時間：起 時 分 迄 時 分			
序號	檔號/公文 文號	檔案名稱或內容要旨	應用 方式	還卷 註記	頁數	備註
			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
			<input type="checkbox"/> 閱覽 <input type="checkbox"/> 複製	<input type="checkbox"/> 閱畢 <input type="checkbox"/> 續閱		
上開檔案應用內容、件數及頁數經申請人/檔案應用人確認無誤。 申請人/檔案應用人（簽名）： 業務單位： 日期： 年 月 日						

本簽收單共二份（一份由申請人/檔案應用人收執，一份由本署業務單位存查）