

長榮大學衛生保健組資料調閱申請單

年 月 日填表

姓 名		系級 或 單位	<input type="checkbox"/> 校內單位： 或 <input type="checkbox"/> 系（所） 年 班
學 號			
聯 繫 手 機			
借用單位主管或申請人 （簽章）			
調閱原因			
文件項目			
申請時間	年 月 日 時 分		
接案人			
主管核示			
結案日期	年 月 日		
備註	任何文件調閱需事先提出申請，由衛保組送交主管審查核示，經同意後，方可調閱資料。		

Chang Jung Christian University Health Services Section Document Retrieval Request Application Form

Date of Application: (yy) (mm) (dd)

Name		Department and Class or Unit	<input type="checkbox"/> Campus Unit : Or <input type="checkbox"/> ____Department(Institute) Year____Class____
Student Number			
Cell Phone Number			
Director of retrieving unit or applicant(Signature)			
Reason for retrieval			
Document Item			
Time of Application	(yy) (mm) (dd) ____:____		
Personnel receiving request			
Director approval			
Case closing date	(yy) (mm) (dd)		
Reminder	Application must first be submitted to retrieve any document for reading. The Health Services Section must submit the application to the Director for approval before retrieving the document.		