# 國立臺灣大學醫學院附設醫院歷史照片及文獻史料複製申請表

| | |
|---|---|
| 申請人姓名：<br>(團體、個人) | 日期：　年　月　日 |
| 地　址: | |
| 電　話: | 傳真號碼:<br>電子郵件信箱: |
| 種類代號 | A 文獻史料複製<br>B 數位圖檔 |

| 複　製　資　料　名　稱 | 種類代號 | 備註 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|---|---|
| 用途(請描述使用目的) | |
| 承辦單位 | |
| 批示 | |