

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：
(團體、個人)

日期： 年 月 日

地 址：

電 話：

傳真號碼：

電子郵件信箱：

種類代號

A 文獻史料複製

B 數位圖檔

複 製 資 料 名 稱

種類代號

備註

用
(請描述使用目的)
途

承
辦
單
位

批
示