

## 國立臺灣大學醫學院附設醫院珍貴歷史財產借展申請表

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：

借用期限：

借 展 文 物 名 稱

備註

共計： 件

展覽計畫內容

◎展覽名稱

◎展覽時間

◎展覽場地

◎展覽期限

◎主、協、合辦單位

承辦單位

批示