

國立陽明大學牙醫學院監視系統影像調閱申請書

申請日期 年 月 日

申請人		申請單位	
單位職稱		聯絡電話	
調閱時段	自 年 月 日 時 分起 至 年 月 日 時 分止		
案由	請詳述地點、時間、原由：		
單位主管 本院系所主管批示	牙醫學院院長批示	備註	

說明：

- 一、請詳述調閱案由，牙醫學院所屬教職員工、助理、學生經系所單位主管批示後，請至牙醫館 205 室楊先生(校內分機 5256)協助辦理。
- 二、申請調閱者請以院系所或本校各處室組為申請單位，非本學院申請者，請會由貴單位主管簽章後，由牙醫學院院長批示。
- 三、本申請案限申請人於上班時段至 205 室現場調閱檢視，至多可由申請人或單位主管指定一人協同檢視，不得聚眾觀看及複製影像。若因案情需要複製影像檔案，需經牙醫學院院系所主管核可。
- 四、影像複製需使用本單位公務用儲存媒體，調閱申請人不得自行備份及儲存，後由本單位管理人員送交及呈報本院系所主管，循流程處理後續相關事宜；影像內容調閱當事人不得複製及轉寄他人、以及公開與散布於任何網站及所有文字書面型態等。