附件四

臺中市政府衛生局資料使用結案單

申請人		身分證字號	
服務機構/單位		職稱	
聯絡地址			
聯絡電話		行動電話	
電子郵件		傳真號碼	
申請資料全名及年度			
申請目的或研究計畫（專案或業務）名稱	**名稱：**		
	□碩士論文　□博士論文　□期刊論文 □業務需求　□其他 _____		
結案狀況	□已完成碩（博）士論文，共____本 □已發表研討會（期刊）論文或其他報告，共____份 □申請專案或業務已結束運作 □計畫無法進行，申請結案 □其他_____		

本人已銷毀所申請之資料，且未保留備份於任何儲存媒體之中。

申請人簽章：

日期：____年____月____日