

## 崇仁醫護管理專科學校 監視系統調閱記錄表

申請序號：\_\_\_\_\_

申請日期：____年____月____日 (申請人需以校內師長為主)	
申請人姓名：	職稱 (或單位)：
聯絡電話：	mail：
申請原因(附證明)：	
核示： 調閱鏡頭位置：  調閱影像時段： ____月____日____時____分 至 ____月____日____時____分  複製檔案之必要理由： <input type="checkbox"/> 有，自行攜帶儲存設備複製 <input type="checkbox"/> 無，僅現場觀看 <input type="checkbox"/> 無，僅側拍記錄 <input type="checkbox"/> 其他	調閱結果：   調閱檔案領取人簽名：   ※※※ 申請人調閱檔案無論複製儲存或側拍，皆不可將檔案或畫面任意散播流傳，避免觸法。
事務組：	資訊組：
總務主任：	教務主任：