附件五

職 場 霸 凌 案 件 閱 卷 聲 請 書

申請人　　性別：　　出生年月日：

身分證統一編號：

住（居）所：

申請閱覽之案件：

_____

_____

申請閱卷之理由：

_____

_____

此　致

臺北榮民總醫院

申 請 人　　簽章

中 華 民 國　　年　　月　　日

因閱覽、抄錄、影印或攝影卷內文書所得之資料，應依「個人資料保護法」等相關規定予以使用，如有違反，應依法負相關責任。