

【附件 5】

連江縣警察局

警察(派出)所

環島錄影監視系統(影音檔案)調閱申請書

編號：

申請日期： 年 月 日

申請人姓名		出生日期		身分證字號	
戶籍住址或住居所				聯絡電話及手機	
委託代理人姓名		出生日期		身分證字號	
戶籍住址或住居所				聯絡電話及手機	與委託人關係
申請案由				檢附證明文件	
審核意見	<input type="checkbox"/> 符合。 <input type="checkbox"/> 不符合。				
申請(代理)人簽章			審核人簽章		
調閱時段	____年____月____日____時____分____秒起至____年____月____日____時____分____秒止。				
調閱鏡頭拍攝位置					
主機位置					
是否複製檔案	<input type="checkbox"/> 是，複製(調閱時段)檔案。需複製光碟：____片。檔案：____MB\GB。 <input type="checkbox"/> 否。				
複製之檔案處理情形					
管理人簽章			會調閱人簽		

說明：指定代理者，應提出委任書，如係法定代理者，應敘明關係。