**財團法人演譯基金會美兆健康資源中心**

**健康資料申請案串連政府統計資料申請書**

**申請編號**(申請者不須填寫)**：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **原申請案基本資料** | | | |
| **計畫主持人** |  | **職稱** |  |
| **所屬學校/機構** |  | **所屬科系/部門** |  |
| **電子郵件** |  | **聯絡電話** |  |
| **聯絡地址** |  | | |
| **申請案名稱** |  | | |
| **申請案授權碼** |  | | |
| **申請串連政府統計資料檔之資訊** | | | |
| **統計資料 所屬單位** |  | **資料檔名稱** |  |

請隨申請書附上原申請案之「健康資料授權使用證明」影本，以及政府單位核可資料串連之公文影本，以利備查。