

# 臺北醫學大學口腔醫學院門禁通行申請表

2024.10.29版

申請日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申請人填寫	單位		姓名		身分	
	分機號碼		識別證號/ 學生證號		身分證字號 /居留證號	
	手機號碼		Email			
	申請區域	<input type="checkbox"/> 本大樓前、後大門 <input type="checkbox"/> 第二研究區 <input type="checkbox"/> 幹細胞研究中心 <input type="checkbox"/> 數位口腔科技研究中心				
	使用期限	自民國_____年____月____日起，至民國_____年____月____日止 每次使用期限為門禁開通當日至當學年度之最後一日(7月31日)				
	具體說明 申請事由	申請人須檢附與口腔醫學院內教師合作之佐證文件作為申請附件，若無法提供者，請簽寫切結書。				
		自備卡片影本黏貼處（本校教職員工證/學生證/外部人員門禁卡等）				
		正面(浮貼)		反面(浮貼)		

申請簽章流程		注意事項： 一、本申請表請至口腔醫學院網站 <a href="http://oral.tmu.edu.tw/main.php">http://oral.tmu.edu.tw/main.php</a> 下載最新版本。 二、門禁開通後限申請者本人使用， 嚴禁轉借他人，勿讓非相關人員 尾隨進入。 三、卡片遺失、離職或離校，申請人務 必至本單位辦理註銷相關手續。 四、若有特殊實驗室門禁需求，請務 必知會相關單位。 五、每張申請表限單次申請使用，使 用期限屆滿，須再次提出申請。 六、開通作業時間為申請通過後三日 內生效。 七、申請門禁前，請務必確實詳閱「臺 北醫學大學口腔醫學院門禁管理 辦法」。
申請人		
指導教師 (邀請人)		
指導教師之學系主任 (邀請人之學系主任)		
共同指導教師	姓名： 學校： 學系：	
共同指導教師主管		
空間管理組長		
院經理		
院長		
承辦人		

## 個人資料提供同意書

本人為辦理臺北醫學大學口腔醫學院門禁申請之需要，同意提供個人資料(含姓名、所屬單位、學號/識別證號、身分證字號、分機、手機號碼、e-mail、教職員工證/學生證等卡片正反面影本、卡片號碼等)，惟僅限使用於辦理本次門禁申請之範圍內，並同意口腔醫學院將本人資料以紙本、電子或其他適當方式處理。

本人離職、離校或遺失卡片，將主動通知門禁申請之管理單位(口腔醫學院)，儘速辦理退、補卡手續，本人同意遵守相關法令之規範，若違反規定事宜或因未盡上述職責而發生相關事件時，願負完全相關責任。

立同意書人(簽章)：\_\_\_\_\_ 立同意書日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日