

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 http://oral.tmu.edu.tw/main.php 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