花蓮縣古風國民小學校園安全檢查錄影資料調閱申請書

申請調閱日期及時間：　　年　　月　　日　　時　　分

申請人姓名:　　聯絡電話：

身分：(勾選)

☐學生當事人　　☐法定代理人或實際照顧者

☐檢查(陪同)人員　　☐獲報師長

☐申訴者　　☐其他_____

安全檢查影片日期：

編號：

申請調閱目的：

調閱地點(限校內)：

申請人注意事項：	利用本項資料應與申請目的相符，並應恪遵刑法及個人資料保護法等相關法令規定，若有違反，應負相關法律責任。

申請人簽章：

學校陪同調閱人員簽章(需為檢查當日執行人員)：

承辦人	承辦單位主管 (經有參與檢查之主管簽核，非參與主管則免經簽核)	校長