



經國管理暨健康學院

Ching Kuo Institute of Management and Health

本表單蒐集之個人資料僅限於特定目的內之使用，非經當事人同意絕不轉做其他用途(特定目的外之利用)，亦不會公佈任何資訊，並遵循本校資訊安全及個人資料保護管理規範。

當事人權利行使第二類申請表

申 請 單 位		職 稱	
姓 名		申 請 日 期	年 月 日
申 請 事 項	<input type="checkbox"/> 補充 <input type="checkbox"/> 更正 <input type="checkbox"/> 停止蒐集 <input type="checkbox"/> 停止處理 <input type="checkbox"/> 停止利用 <input type="checkbox"/> 刪除		
申請事由： 本人依個人資料保護法第3條規定之要求，向 貴校申請當事人權利行使事項，擬請 貴校協助處理作業。			
申請人權益影響說明： 1. 申請停止蒐集、處理、利用者，由於本校無法進行前述之個人資料作業動作，因而部分之系統功能或當事人權益將因停止前述動作而有影響，其影響之結果申請人願意自行承擔(例如停止利用將導致帳號密碼無法登入服務等服務)。 2. 申請刪除作業者，申請人了解資料一經刪除後無法復原，因為刪除個人資料後造成之申請人權益損失將自行承擔，並不得再提出恢復資料之要求。 <input type="checkbox"/> 申請人詳閱並同意上述權益影響說明。			
受 理 單 位 審 查 意 見	<input type="checkbox"/> 接受(符合本校申請條件) <input type="checkbox"/> 拒絕(不符合理由)： 作業資料交付方式 <input type="checkbox"/> 書面。回覆地址： <input type="checkbox"/> 電子檔案。電子郵件： <input type="checkbox"/> 其他_____		
受 理 單 位 人 員		資 安 個 資 小 組	
受 理 單 位 主 管		管 理 代 表	