

臺灣嘉義地方檢察署國民法官法案件卷證開示聲請書(被告)

年度聲開字第 號

| | | |
|---|---|--------------------|
| 聲請人即被告 (法人/代表人) (請以正楷簽名) | | 聯絡電話：() |
| 身分證明文件編號 | | |
| 住 居 所 (事務所或營業所) | | |
| 聲 請 日 期 | 預 定 檢 閱 時 間 | |
| 月 日 午 時 分 | 月 日 午 時 分 | |
| 股 別 | 股 案 號 | 年 度 字 第 號 |
| | 案 由 | |
| 聲 請 範 圍 | <input type="checkbox"/> 付與卷證影本： <input type="checkbox"/> 全卷 <input type="checkbox"/> 偵查卷 <input type="checkbox"/> 警卷 <input type="checkbox"/> 其他： (<input type="checkbox"/> 同意付與電子卷證光碟替代紙本) <input type="checkbox"/> 檢閱卷證原本(應載明非檢閱卷證原本不足以有效行使防禦權之理由及釋明資料)： 備註：在押(監)聲請人同意矯正機關在其付與卷證影本之範圍內， 得由聲請人保管金或勞作金中扣除自行負擔之相關費用。 | |
| 下 次 開 庭 日 期 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定期 | |
| 檢 察 官 准 駁 批 示 | 付與卷證影本： <input type="checkbox"/> 核准開示 <input type="checkbox"/> 拒絕開示 <input type="checkbox"/> 限制開示 檢閱卷證原本： <input type="checkbox"/> 核准開示 <input type="checkbox"/> 拒絕開示 <input type="checkbox"/> 限制開示 拒絕或限制開示理由(承辦書記官應於5日內以 書面告知聲請人)： | 檢 察 官 簽 名 或 蓋 章 |
| 書記官計算卷證 開 示 費 用 | 新臺幣 元 (請通知聲請人繳款) | |
| 書記官付與卷證影本時間 | 聲 請 人 或 代 理 人 (限被告之配偶或三親等內 親屬，應出示身分證明文件) 收 訖 簽 名 或 蓋 章 | 書 記 官 簽 名 或 蓋 章 |
| 月 日 午 時 分 | | |
| 臺灣嘉義地方檢察署聯繫資訊： 地址：嘉義市東區林森東路 286 號 電話：(05)2782601 分機 100 傳真專線：(05)2716643 | | |