

台北市語言治療師公會入會申請表

收件日期:民國 年 月 日

姓名		(中文)		(英文)	
以印刷體大寫正楷填寫					
身份證字號		性別		出生日期	
通訊資料	戶籍地址	□□□		住家電話	()
	通訊地址	□□□		手機	
	現職地址	□□□		傳真電話	()
	辦公室電話	()	分機:	電子信箱	
學歷	院校或研究所名稱		主修科系所		畢業年度
			(大專)		民國 年
			(研究所)		民國 年
工作主類	(請圈選) 1構音障礙、2語言發展異常、3嗓音障礙、4吶吃、5語暢異常、6失語症、7吞嚥異常、8溝通輔具、9學校系統、10長期照護、11教學或12其他_____				
執業專長	(請圈選) 1構音障礙、2語言發展異常、3嗓音障礙、4吶吃、5語暢異常、6失語症、7吞嚥異常、8溝通輔具、9學校系統、10長期照護、11教學或12其他_____				
執業狀態:	□執業中 □歇業中 □未登記執業		語言治療師證書	字 號(民國 年取得)	
現職或擬執業機構(無執業者免填)	機構名稱	科 室	職 稱	到職日期(系統自動統計,請詳填)	
執業機構分級:<請勾選>					
<input type="checkbox"/> 語言治療所 <input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 復健科診所 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科診所 <input type="checkbox"/> 一般科診所 <input type="checkbox"/> 發展中心 <input type="checkbox"/> 學校等教育單位 <input type="checkbox"/> 學校巡迴系統 <input type="checkbox"/> 特教機構 <input type="checkbox"/> 私人復健中心 <input type="checkbox"/> 其他					
曾加入其他公會: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____縣市_____公會			退會原因:		
是否已退會: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					
<p>本申請表及附件資料均經申請人按實申報無誤，如有不實或不法之情事，本會得要求申請人更正資料及按本會章程予以處分，若涉及相關法律責任，均由申請人負責。</p> <p>此致 台北市語言治療師公會</p> <p style="text-align: right;">申請人: _____ (簽章) 日期:民國 年 月 日</p>					
收據欄	<input type="checkbox"/> 開立醫院抬頭(同執業機構名稱) <input type="checkbox"/> 開立個人抬頭(同申請人姓名)				
資料檢核 (詳細說明,請參閱入會申請說明)	<input type="checkbox"/> 語言治療師證書正反面影本一份 <input type="checkbox"/> 最高學歷畢業證書影本一份 <input type="checkbox"/> 在職證明一份 <input type="checkbox"/> 國民身份證正反面影本一份 <input type="checkbox"/> 繳費收據影本一份 <input type="checkbox"/> 二吋正面半身脫帽近照一張 <input type="checkbox"/> 曾加入其他公會者,請附退會證明影本1張				
	審 查 記 錄 (以下申請者免填)				
	<input type="checkbox"/> 需補填資料: _____ 承辦人員簽名: _____ <input type="checkbox"/> 需補附件資料: _____ 檢核日期: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 移交審查 移交日期: 年 月 日				

本申請表得由網站下載或影印使用, 但不得更改表內項目、格式及文字。

審查結果	審查意見: <input type="checkbox"/> 符合入會資格 <input type="checkbox"/> 不符合入會資格 會員編號: _____ 審查委員簽名: _____ 入會日期: 年 月 日 理事會追認日期: 年 月 日
------	--