

社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會
職能治療人員服務獎章表揚辦法

2010.02.27 政策法規委員會草擬

2010.03.21 第三屆第11 次理監事會議通過

- 第一條 中華民國職能治療師公會全國聯合會(以下簡稱本會)為表揚優良資深的臨床職能治療人員,獎勵其服務熱忱,勉勵後進,特訂定「中華民國職能治療師公會全國聯合會職能治療人員服務獎章表揚辦法」(以下簡稱本辦法)。
- 第二條 本辦法之獎項每年公告辦理。凡為本會所屬公會會員,在職能治療相關領域服務年資累計滿三十年以上,得接受提名表揚之。
- 第三條 本獎項提名審查方式:
由本會通知各縣市公會提供符合資格的會員名單,徵詢其同意,並請本人填妥「會員職能治療執業年資證明書」(如附件),寄交本會秘書處,彙整後提交理事會審核通過。
- 第4條 本獎項名額及表揚方式:
本獎項名額無限制,由本會理事會審查通過後,於年度會員代表大會以理事長名義頒發獎章,並公告表揚之。
- 第5條 曾獲本獎項者,不再接受同獎項之提名。
- 第6條 本辦法經理事會議通過後實施,修正時亦同。

社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會 會員職能治療執業年資證明書

姓名		簽章		身份證號	
----	--	----	--	------	--

通訊地址	()			電話或 手機			
現任	機 構 名 稱	科 室	職 稱	工作主類	到職日期 年/月/日	離職日期 年/月/日	實際執業 期間
					__/__/__	__/__/__	__年__月
經 歷	1.				__/__/__	__/__/__	__年__月
	2.				__/__/__	__/__/__	__年__月
	3.				__/__/__	__/__/__	__年__月
	4.				__/__/__	__/__/__	__年__月
	5.				__/__/__	__/__/__	__年__月
	6.				__/__/__	__/__/__	__年__月
	7.				__/__/__	__/__/__	__年__月
	8.				__/__/__	__/__/__	__年__月
(會員免填)秘書處審核意見： 合計年資：__年__月 審核結果： ☐ 符合 ☐ 不符合 秘書長簽章： 理事長簽章：							

以上資料會員務必確實填寫，不得虛假，如有不實自付相關法律責任。

填妥後請傳真至(02)2894-5572，或郵寄至(112028)臺北市北投區北投路二段9號10樓之3，
或電子郵件：oturoc@ms64.hinet.net。