

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。

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> □語言治療所□醫學中心□區域醫院□地區醫院□復健科診所□耳鼻喉科診所□一般科診所 □發展中心□學校等教育單位□學校巡迴系統□特教機構□私人復健中心□其他					
曾加入其他公會: ☐ 否 ☐ 是 ____縣市____公會				退會原因:	
是否已退會: ☐ 否 ☐ 是					
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。 此致 台北市語言治療師公會 申請人: (簽章) 日期:民國 年 月 日					
收據欄		□開立醫院抬頭(同執業機構名稱) □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)	□語言治療師證書正反面影本一份 □最高學歷畢業證書影本一份 □在職證明一份				
	□國民身份證正反面影本一份 □繳費收據影本一份 □二吋正面半身脫帽近照一張				
	□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)					
□需補填資料:_____ 承辦人員簽名:_____					
□需補附件資料:_____ 檢核日期: 年 月 日					
□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: ☐ 符合入會資格 ☐ 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	