新竹市語言治療師公會入會申請表

收件日期:民國　年　月　日

會員基本資料	姓名		性 別	□男 □女	出生日期	年 月 日	貼項片處 二吋正面半身 脫帽近照一張
			身份證字號				
	學歷		(含主修科系所)		畢業年度		
					民國　年		
	經歷						
	通訊地址	□□□					
	電子信箱	(必寫)					
	聯絡電話	( )			手機		
語言治療師證書: 字號 (民國　年取得)					執業專長	□小兒 □成人 □長照 □輔具 □學校 □教學 □	
現職或擬執業機構(無執業者免填)	執業單位					(部/科)	
	單位地址						
	單位電話	( ) 分機:			到職日期	年 月 日	

國民身分證正面影本浮貼處	國民身分證反面影本浮貼處

是否曾加入其他語言治療師公會:□否 □是 _____縣市

應繳驗證件	一、二吋正面半身脫帽近照一張　二、國民身份證正反面影本一份　三、畢業證書影本一份 四、語言治療師證書正反面影本一份　五、繳費收據影本一份 六、服務單位在職證明一張。(若無法提供正本，請於在職證明影本上，另外加蓋醫療療業務，但未執行語言治療業務者亦得加入為會員。　七、退會證明。(原其他縣市公會會員必須先向該會辦理退會)

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　新竹市語言治療師公會

申請人:_____(簽章)

申請日期:中華民國　年　月　日

備註:1.會員系統自動總計會員之工作年資，請詳細填寫現職及經歷之到職及離職日期。

2.工作主類:是指現職從事最主要的工作項目，例如:構音障礙、語言發展異常、嗓音障礙、吶吃、語暢異常、失語症、吞嚥異常、溝通輔具、學校系統、長期照護、教學或其他(註明)等。

3.執業專長項目同上。

以下由公會填寫

審查結果	□符合入會資格　□不符合入會資格 會員編號: 審查委員簽名:_____審查日期:　年　月　日