

新竹市語言治療師公會執業異動申請表

中華民國 年 月 日

姓 名			會 員 編 號		
出 生 日 期	年 月 日		性 別	☐ 男 ☐ 女	
語言治療師證書： 字號 (民國 年取得)					
通訊地址、電話是否變更： ☐ 否 ☐ 是(請填下欄)					
通 訊 地 址	□□□				
電 子 信 箱					
手 機					
入 會 日 期	年 月 日		異動後變更日期	年 月 日	
異 動 前	執 業 單 位	(部/科)			
	單 位 地 址	□□□			
	單 位 電 話	()			
異 動 後	執 業 單 位	(部/科)			
	單 位 地 址	□□□			
	單 位 電 話	()			
應 繳 驗 證 件	一、原醫療院所的離職證明；二、新任醫療院所的在職證明				
蒐集、處理、利用及傳輸會員個資告知同意書 本人茲瞭解且同意公會基於會務及活動等業務需要(如公文轉知、雜誌寄送、團體保險、醫療統計……等)而蒐集、處理、利用及傳輸(呈報全聯會)個人資料，在不違反個人資料保護法之範圍內，合法善意應用本人之個人資料。 本人對前項個人資料之提供或應用保有拒絕之權利，但本人若因拒絕公會對本人合法善意之應用而造成本人自身權益損害之情事，概由本人承擔其後果，與公會無涉。					

申請人： (簽章)