

彰化縣呼吸治療師公會 會員申請表 (公佈日期95.07.26)

公會編號	(由公會填寫)	申請日期	年 月 日		正面半身 照片黏貼處 (請註明姓名) (入會及移入者繳交)
申請類別	<input type="checkbox"/> 入會; <input type="checkbox"/> 退會; <input type="checkbox"/> 復會 <input type="checkbox"/> 變更: 原 _____ 醫院(居家呼吸照護所)				
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
呼吸治療師證書	呼吸字第 _____ 號	身分證號			
電子信箱	(一定要寫)			出生日	年 月 日
戶籍地址	□□□-□□ 縣市 市鎮鄉區 里(村) 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓				
通訊地址	□□□-□□ 縣市 市鎮鄉區 里(村) 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓				
最高學歷	科系畢業 肄業			畢業年限 年 月	
聯絡電話	(O) (H)		行動電話		
服務醫院 單位名稱	醫院 科室組		職稱		
服務院所 地址	□□□-□□ 縣市 市鎮鄉區 里(村) 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓				
機構類別	<input type="checkbox"/> 醫學中心; <input type="checkbox"/> 區域醫院; <input type="checkbox"/> 地區醫院; <input type="checkbox"/> 居家呼吸照護所; <input type="checkbox"/> 其他 _____		機構擁有之 IDS階段	<input type="checkbox"/> ICU, 共 _____ 床; <input type="checkbox"/> RCC, 共 _____ 床; <input type="checkbox"/> RCW, 共 _____ 床; <input type="checkbox"/> RHC, 共 _____ 床;	
到職日期	年 月 日		離職日期	年 月 日	
文件 簽收	呼吸治療師證書	在職證明	離職證明	身分證	畢業證書
	費用 簽收	入會費	常年會費		
審核		複審	複審	初審	承辦人
結果 與說明	<input type="checkbox"/> 通過; <input type="checkbox"/> 不通過 (※虛線以內由公會填寫。)				