

台南市物理治療師公會入會申請書

中文姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	生日	西元 年 月 日	
英文姓名	FIRST NAME LAST NAME	物理治療師證書字號		物字第 號		
身分證字號		特考及格證書字號 * (特考通過者填寫)		特物療字第 號		
戶籍地址	□□□			行動電話		
通訊地址	□□□			電 話	()	
E-Mail				傳 真	()	
畢業學校			科、系、組			
			學 歷	☐ 專科 ☐ 學士 ☐ 碩士 ☐ 博士		
執業單位 名稱					(照片黏貼處)	
執業單位 地址						
執業單位 電話	() 分機	會費繳納				
		☐ 入會費 2000 元		合 計		
		☐ 年費 _____ 元		新台幣 元整		
執業機構分級:<請打勾> ☐ 物理治療所 ☐ 醫學中心 ☐ 區域醫院 ☐ 地區醫院 ☐ 復健科診所 ☐ 骨科診所 ☐ 神經內科診所 ☐ 神經外科診所 ☐ 整形外科診所 ☐ 一般科診所 ☐ 特教機構 ☐ 其他		繳費方式 (轉帳劃撥擇一)				
		☐ 劃撥	請掃描或拍照回傳收據			
		☐ 轉帳	轉帳日期			
			轉出帳號末五碼			
		收據	☐ 開立單位抬頭 ☐ 開立個人抬頭			
曾經加入其他公會	☐ 否 ☐ 是		☐ _____物理治療師公會			
申請人:		(請列印簽名或蓋章)		申請日期	年 月 日	

備註: 英文姓名請以印刷體大寫正楷填寫。

審 查 記 錄 (以下申請者免填)				
審查意見				
☐ 物理治療師證書	☐ 畢業證書	☐ 身分證正反面	☐ 照片	☐ 劃撥收據 ☐ 轉帳
☐ 在職證明	☐ 曾加入其他公會者, 請附退會證明			
審查結果	☐ 符合入會資格		☐ 不符合入會資格	
審查委員	(簽章)	會員證號碼		
收件日期		入會日期		年 月 日
備註				