

社團法人高雄市職能治療師公會 會員入會申請表

申請日期：民國____年____月____日

姓名	(中文)	性 別			身分證字號	
	(英文)	出生日期			年 齡	
學歷	院校或研究所名稱		主修科系所	畢業年度	學位	證書字號
	(大 專)			民國 年		
	(研究所)			民國 年		
	(進修訓練)			民國 年		
職能治療(師)證書：		字號 (民國 年取)	執業專長 (複選)	<input type="checkbox"/> 小兒 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 生理 <input type="checkbox"/> 長照 <input type="checkbox"/> 職評 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 教學		
職能治療(生)證書：		字號 (民國 年取)				
現任	機 構 名 稱	科 室	職 稱	工作主類	到職日期	離職日期
經歷	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
通訊資料	戶籍地址	□□□□□				
	通訊地址	□□□□□				
	現職地址	□□□□□				
	住家電話 ()			辦公室電話()		
	手 機			傳 真 電 話()		
	電子信箱					
備註： 1. 如經歷多於四項者，請另列表格填寫(*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. 現職工作主類：是指現職從事最主要的工作項目，例如：小兒 OT、心理 OT、生理 OT、學校 OT、長照、職評、教學、其他(註明)等						相 片

會員入會審核(由本會填寫)

會籍史：過去是否曾入會 是 否。

初審日期：民國____年____月____日資料審核人簽名_____

初審意見：_____

理事會審核日期：民國____年____月____日(第____屆第____次會議)

審查結果：資格符合通過 資格不符不予通過

會員編號_____ (會員登錄後填入系統自動編號)

理事長簽名_____