

社團法人新北市呼吸治療師公會 換照證明申請辦法

(公佈日期 2016 年 10 月 01 日)

申請須知：

- (一) 申請表上之各項資料請確實填寫詳實，切勿空白。
- (二) 在職證明上請註明正確到職日及身份證字號。
- (三) 連絡本會：(本會訊息，將以簡訊或 E-Mail 通知會員，請正確填寫資料)
 1. 聯絡電話：公會秘書 02-2624-1788；0933-380607
 2. 本會 E-Mail：taipeirt@gmail.com；本會傳真：02-88095512
 3. 聯絡地址：『25173 新北市淡水區民權路 141 號 3 樓』
- (四) 辦理方式：
 1. 備好申請表格及在職證明。
 2. 傳真或 E-Mail 上述 1 之表格文件至本會，註明回傳之 E-Mail 或傳真電話，本會檢視資料完整，於 9:00AM~12:30PM 回傳證明；
 3. 或所有文件 (含申請表) 寄至『25173 新北市淡水區民權路 141 號 3 樓，新北市呼吸治療師公會 收』，本會將依照人資部門或通訊地址寄回。
 4. 如由人資部門代辦者，請於申請表空白處註明聯絡人、聯絡電話及電子信箱
 5. 為保護會員個資，請填寫會員入退會申請表時需先閱讀表格最下“ * ” 標注之事項並勾選是否同意或不同意將個人資料提供於第三方使用，同時親簽並註明簽名日期。(若無勾選同意，則視為會員願意提供個人資料給第三方使用)

社團法人新北市呼吸治療師公會 換照證明申請表(2016/10/01 公佈)					
申請日期	年 月 日		呼吸治療師 證書證號	呼吸字第 號	
				年 月 日核發	
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男； <input type="checkbox"/> 女	出生日	年 月 日
身分證字號		行動電話			
聯絡電話	(O)	電子信箱			
	(H)	相關會訊將以 E-mail、簡訊、網站傳達，請工整填寫			
服務醫院 單位名稱	醫院 科/室/組		職稱		
到職日期	年 月 日		原執照 到期日	年 月 日	
通訊地址	(_____ - _____) 縣市 市鎮鄉區 里(村) 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓				
備註: (若有個人資料變更請於備註欄填寫)					
代辦人			傳真號碼		
聯絡電話			電子信箱		

* 本會會員者皆受法務部個人資料保護法第 1 條 ~ 第 56 條及其增修條文所保護。本公會秘書處依據會員個資僅適用於辦理新北市政府衛生局醫療院所，會員個人執業、停歇業、復業、變更登記用及全聯會統計會員資料用。除外其他第三人及單位皆不得使用以及外洩流出會員個資。

此致本會會員 _____ ☐同意， ☐不同意。 年 月 日(請勾選並親簽大名及日期)