

社團法人新北市呼吸治療師公會 會員申請表(修訂日期 2020 年 08 月 07 日)

|          |  |        |                                 |  |                                       |  |
|----------|--|--------|---------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| 申請序號     | (由公會填寫)  |        | 申請日期                            | 年 月 日  |                                       | (入會繳交照片即可)<br>正面半身<br>照片黏貼處<br><br>(背面請註明姓名) |
| 申請類別     | <input type="checkbox"/> 入會； <input type="checkbox"/> 退會； <input type="checkbox"/> 復會； <input type="checkbox"/> 變更； <input type="checkbox"/> 自由； |        |                                 |  |                                       |  |
| 姓名       |  |        | 性別                              | <input type="checkbox"/> 男； <input type="checkbox"/> 女 |                                       |  |
| 呼吸治療師證書  | 呼吸字第   | 號      | 執業執照                            | 首次:  | 年 月 日                                 |  |
|          | 年 月 日核發  |        | 核發日期                            | 有效:  | 年 月 日                                 |  |
| 身分證號     |  |        | 行動電話                            |  |                                       | 出生日  |
| 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     |  |                                       |  |
| 最高學歷     | (入會時繳影本)   |        | 大學/學院                           | 畢業年限   |                                       | 年 月  |
| 服務醫院單位名稱 | 醫院   |        | 職稱                              |  |                                       |  |
|          | 科室組  |        | RT 總年資                          |  | 年 月                                   |  |
| 到職日期     | 年 月 日  |        | 離職日期                            | 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  |
| 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；  |        | 機構為：                            | <input type="checkbox"/> ICU，床數_____；                  |                                       |  |
|          | <input type="checkbox"/> 地區醫院； <input type="checkbox"/> 居家呼吸照護所；   |        |                                 | <input type="checkbox"/> 未入 IDS                        | <input type="checkbox"/> RCC，床數_____； |  |
|          | <input type="checkbox"/> 其他_____   |        | <input type="checkbox"/> 加入 IDS | <input type="checkbox"/> RCW，床數_____；                  |                                       |  |
|          |  |        | <input type="checkbox"/> 各有部份   | <input type="checkbox"/> RHC，床數_____；                  |                                       |  |
| 委託辦理     | 代辦人：   |        | 電子信箱：                           |  | 電話：                                   |  |
|          |  |        |                                 |  | 傳真：                                   |  |
| 文件簽收     | 呼吸治療師證書  | 在職證明   | 離職證明                            | 身分證  | 其它                                    |  |
|          |  |        |                                 |  | 畢/及格/其他                               |  |
| 費用簽收     | 入會費  | 常年會費   | 手續費                             | 繳費證明   | 寄發日期                                  |  |
|          |  |        |                                 |  |                                       |  |
| 審核       | 理事長  | 常務理事複審 | 財務委員複審                          | 會員委員初審   | 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。)  |        |                                 |  |                                       |  |

\*本會會員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、換照、變更登記用及全聯會統計會員資料使用。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)