

附件三

嘉義市呼吸治療師公會 會員入會申請書

姓名				照片黏貼處	
會員編號	(請勿填寫)				
出生 年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
呼吸治療 師證書	呼吸字第		號		
申請日期	年 月 日	申請序號	(請勿填寫)		
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣市	市鎮鄉區	里	鄰
		路街	段	巷	弄
				號	樓
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣市	市鎮鄉區	里	鄰
		路街	段	巷	弄
				號	樓
電子信箱					
聯絡電話			行動電話		
最高 學歷			畢業 肄業	畢業年限	年 月
服務醫院 單位名稱			職稱		
			到職日期	年 月 日	
繳交證件 費用簽收	呼吸治療師 證書	在職證明	身分證	常年會費	入會費
審核結果		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				

註一：會員入會時須檢具入會申請書與 2 吋半身正面照片一張、檢具呼吸治療師證書、在職證明書(在職者)、身分證影印本、最高學歷畢業證書影本一份，經審查合格並繳納入會費後方得為會員。

註二：會費請匯款至兆豐國際商業銀行 帳號：022-10-38576-8 收款人：嘉義市呼吸治療師公會 請註明醫院 姓名入會費 1500，常年會費 3600，收據待審查後補寄。

註三：公會聯絡地址 600 嘉義市大雅路 2 段 565 號 3F 呼吸治療中心。