

# 嘉義縣呼吸治療師公會會員入會、退會申請書

姓名						正面半身照片黏貼處 (請註明姓名) (入會及移入者繳交)		
身分證字號								
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		會員編號 (公會填)				
申請類別	<input type="checkbox"/> 入會、 <input type="checkbox"/> 移入自公會、 <input type="checkbox"/> 復會 <input type="checkbox"/> 退會、 <input type="checkbox"/> 移出至公會 <input type="checkbox"/> 變更					退會原因	<input type="checkbox"/> 歇業、 <input type="checkbox"/> 停業 <input type="checkbox"/> 調任 <input type="checkbox"/> 其他	
戶籍地址	□□□-□□	縣市	市鎮鄉區	里	鄰			
	路街	段	巷	弄	號	樓		
通訊地址	□□□-□□	縣市	市鎮鄉區	里	鄰			
	路街	段	巷	弄	號	樓		
電子信箱								
電話(住家)				行動電話				
最高學歷	<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業			畢業年限	年	月		
服務醫院單位名稱	職稱			<input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	申請日期			年	月	日		
到職日期	年	月	日	異動日期	年	月	日	
繳交證件(公會填)	呼吸治療師證書影本	在職證明影本	離職證明影本	考試及格證書影本	畢業證書影本	身分證正反面影本	其他	
	入會費	常年會費	手續費	繳費收據證明			其他	
費用簽收								
審核結果：		複審	複審	初審			承辦人	
<input type="checkbox"/> 通過、 <input type="checkbox"/> 不通過								
備註： <input type="checkbox"/> 不通過說明								
<input type="checkbox"/> 其他：								

註一：會員入會時須檢具入會申請書、半身正面2吋照片一張、呼吸治療師證書、在職證明、考試及格證書、畢業證書、身分證等影本，異動、退會時須檢具申請書、在/離職證明影本。

註二：會費(入會費 1400 元、常年會費 3600 元-每月 300 元，依入會時間收費)請 郵政劃撥帳號：**31552593**。

戶名：嘉義縣呼吸治療師公會(請註明服務醫院、會員姓名、身分證字號；並註明收據抬頭為“個人”或“醫院”)。

註三：聯絡地址：掛號寄至『61363嘉義縣朴子市嘉朴路西段 6 號呼吸治療科科務室收』，並附回郵信封。

(請完整書寫收件人地址、姓名、郵遞區號)以利寄發收據，如有疑問請洽詢聯絡電話:05-3621000 轉 2248 或來信chiayirt@gmail.com。