

97. 9. 09 收文第 000178 號

## 宜蘭縣職能治療師公會籌備處 函

地址：宜蘭縣羅東鎮南昌街 83 號  
聯絡人：楊逸群  
電話：9543131 分機 3313

受文者：台灣省職能治療師公會

發文日期：中華民國 97 年 9 月 5 日  
發文字號：宜縣職籌字第 970903 號  
速別：普通  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：入會申請書格式

主旨：敬請 貴會轉知所屬會員本會成立及入會相關訊息，請 查照！

說明：

- 一、依據宜蘭縣政府社合字第 0970096563 號函，同意籌組「宜蘭縣職能治療師公會」。
- 二、本會發起人會議及第一次籌備會議已於 97 年 8 月 21 日召開完畢；並於 97 年 8 月 26 日登報公告徵求會員。
- 三、本會創始會員入會期限為 97 年 9 月 30 日，入會申請書請見附件。
- 四、本會聯絡電話：03-9543131 分機 3313；聯絡人：楊逸群  
電子郵件信箱：[898024@mail.pohai.org.tw](mailto:898024@mail.pohai.org.tw)  
籌備會部落格：<http://blog.xuite.net/farcheng/ilanot>  
本會地址：宜蘭縣羅東鎮南昌街 83 號 復建技術科

正本：台灣省職能治療師公會  
副本：本會存查

主任委員 楊 逸 群



撥款辦理：公告於網站

97.9.10 秘書鍾純毓

# 宜蘭縣職能治療師公會入會申請書

中文姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	民國    年    月    日
英文姓名	First name      Last name	職能治療師(生)證書字號		職字第                      號	
身分證字號		特考及格證書(考通過者填寫)		特職療字第                      號	
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			籍貫	省(市)      縣(市)
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同醫院地址		電話 (    )
行動電話					傳真 (    )
執業機構			收據欄	<input type="checkbox"/> 開立執業機構抬頭 <input type="checkbox"/> 開立個人抬頭	備註
執業機構地址	執業機構分級：<請打勾>				
電話 (    )	分機		<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 復健科診所 <input type="checkbox"/> 職能治療所 <input type="checkbox"/> 骨科診所 <input type="checkbox"/> 神經內科診所 <input type="checkbox"/> 神經外科診所 <input type="checkbox"/> 整形外科診所 <input type="checkbox"/> 一般科診所 <input type="checkbox"/> 特教機構 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
學歷	學校名稱			科、系、組	
E-Mail			執業狀態	<input type="checkbox"/> 執業中 <input type="checkbox"/> 歇業中 <input type="checkbox"/> 未登記執業	
原隸屬公會	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> _____ 職能治療師公會		是否已退會	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	
隨件資料：(請自行確認打勾)					
<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本2張 <input type="checkbox"/> 職能治療師(生)證書正反面影本2張 <input type="checkbox"/> 畢業證書影本2張 <input type="checkbox"/> 在職證明正本1張 <input type="checkbox"/> 二吋照片兩張    入會費 <input type="checkbox"/> 匯款單據影本 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 現金					
申請人：	(簽名及蓋章)		申請日期	民國    年    月    日	
審                      查                      記                      錄 (以下申請者免填)					
審查意見					
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合入會資格 <input type="checkbox"/> 不符合入會資格				
審查委員	(簽章)		會員證號碼		
收件日期	民國    年    月    日	入會日期	民國    年    月    日		