

97. 10. 27 收文第 000212 號

檔 號：  
保存年限：

## 新竹縣職能治療師公會 籌備委員會 函

受文者： 台灣省職能治療師公會

聯絡地址：新竹縣竹北市光明六路 43 號 6 樓  
聯絡人：張宇群  
聯絡電話：03-5583413，0921-515854  
傳 真：03-5583415  
電子信箱：dathoctopus@url.com.tw

發文日期：中華民國 97 年 10 月 23 日

發文字號：

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：新竹縣職能治療師公會入會申請表一份

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、依據新竹縣政府 97 年 6 月 16 日府社行字第 0970079685 號函，同意籌組「新竹縣職能治療師公會」。
- 二、本會發起人會議暨第一次籌備會已於 97 年 8 月 9 日召開完畢，第二次籌備會已於 97 年 10 月 18 日召開完畢。
- 三、本會成立大會訂於 97 年 12 月 21 日召開。
- 四、本會創始會員入會期限會 97 年 12 月 21 日，入會申請書請見附件。
- 五、本會聯絡電話：(03)5583413；聯絡人：張宇群  
電子郵件信箱：[dathoctopus@url.com.tw](mailto:dathoctopus@url.com.tw)

正本：台灣省職能治療師公會

副本：本籌備會

新竹縣職能治療師  
公會籌備委員會

主任委員 張宇群

擬辦 公會 網路 97.10.27

秘書 鍾純毓

# 新竹縣職能治療師公會入會申請表

收件日期：民國 年 月 日

姓名	(中文)	性別	出生日期
	(英文)	身份證字號	
職能治療師(生)考試應考資格	院校或研究所名稱		主修科系所
	(高中)		民國 年
	(大專)		民國 年
	(研究所)		民國 年

職能治療(師)證書：	字號 (民國 年取得)	執業	<input type="checkbox"/> 小兒 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 生理 <input type="checkbox"/> 長照
職能治療(生)證書：	字號 (民國 年取得)	專長	<input type="checkbox"/> 職評 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 教學 <input type="checkbox"/>

現職或擬執業機構 (無執業者免填)	機構名稱	科 室	職 稱	到職日期	工作主類
-------------------	------	-----	-----	------	------

通訊資料	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	住家電話 ( )
	通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	手 機
	現職地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	傳真電話 ( )
	辦公室電話 ( )	分機：	電子信箱

是否曾加入職能治療師公會：否 台北市 高雄市 原屬台灣省公會 其他

退會原因：\_\_\_\_\_

本申請表及附件資料均經申請人按實申報無誤，如有不實或不法之情事，本會得要求申請人更正資料及按本會章程予以處分，若涉及相關法律責任，均由申請人負責。

此致  
新竹縣職能治療師公會

申請人：\_\_\_\_\_ (簽章)  
申請日期：中華民國 年 月 日

照片黏貼處  
(二吋正面半身脫帽近照)

備註：1.會員系統自動總計會員之工作年資，請詳細填寫現職及經歷之到職及離職日期。  
2.工作主類：是指現職從事最主要的工作項目，例如：小兒 OT、心理 OT、生理 OT、學校 OT、長照、職評、教學、其他(註明)等。

審查紀錄 (以下由本會填寫)	
資料檢核	<input type="checkbox"/> 國民身分證正反面影本一份 <input type="checkbox"/> 畢業證書影本一份 <input type="checkbox"/> 職能治療師(生)證書正反面影本一份 <input type="checkbox"/> 劉撥收據影本一份 <input type="checkbox"/> 二吋正面半身脫帽近照二張 (一張黏貼於申請表，餘一張浮貼) <input type="checkbox"/> 需補填資料：_____ <input type="checkbox"/> 需補附件資料：_____ <input type="checkbox"/> 移交審查
審查結果	承辦人員簽名：_____ 檢核日期： 年 月 日 移交日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 符合入會資格 <input type="checkbox"/> 不符合入會資格 會員編號：_____ 審查委員簽名：_____ 入會日期： 年 月 日 理事會追認日期： 年 月 日