

社團法人臺灣物理治療學會 佐理準會員申請書

此欄由 秘書處 填寫 2008. 2.7.	會員編號：_____
	審查費：__年__月__日_____
	入會費：__年__月__日_____
	年費：__年__月__日_____

姓	名	性	別	年	齡	歲
英文姓名 Last name, First name		出生地		省(市)		縣(市)
黏 貼 處 照 二 吋 片	出生日期：民國 年 月 日			身分證字號：		
	現址：□□□□			電話：()		
	永址：□□□□			電話：()		
	行動電話：					
電子郵件信箱：			@			
學 歷			經 歷			
現任機構	名稱：		部門：	職稱：		
機構住址	地址：□□□□			電話：()		
是否曾加入本學會學生會員			1.有 <input type="checkbox"/> 編號： 2.無 <input type="checkbox"/>			
茲贊同 貴會宗旨擬加入為物理治療佐理準會員嗣後並願遵守會章共圖發展，祈照准為盼 此 致 <p style="text-align: center;">社團法人中華民國物理治療學會</p> <p style="text-align: center;">申請人(簽名) 用印 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> 中華民國 年 月 日</p>						
審查委員： 審查結果：1. <input type="checkbox"/> 通過 2. <input type="checkbox"/> 缺學歷證明 3. <input type="checkbox"/> 缺審查費 4. <input type="checkbox"/> 其他意見 _____ <p style="text-align: right;">日期： 年 月 日</p>						

備註：

1. 申請時，請檢附畢業證書或物理治療生證書或世界物理治療聯盟會員國頒發之物理治療生註冊證書影本連同本申請書正本及劃撥費用單據影本郵寄本會。

2. 費用：1. 審查費伍佰元整。

2. 入會費伍佰元整。

3. 年費壹仟元整。

3. 住址如有變更，請立即通知本會以免失去聯絡。

社團法人臺灣物理治療學會 電話：(02)27719631

105 台北市八德路二段 374 號 3 樓之 3

郵政劃撥帳號：01067407，戶名：社團法人臺灣物理治療學會