

社團法人臺中市職能治療師公會

入會須知

填表

填妥「社團法人臺中市職能治療師公會入會申請表」。

繳費

1. 入會費：2,000 元。
2. 常年會費：5,000 元。
 - ◎辦理入會時常年會費以加入之季度計算：
 - 1-3 月入會者一次繳納 5,000 元
 - 4-6 月入會者一次繳納 3,750 元
 - 7-9 月入會者一次繳納 2,500 元
 - 10-12 月入會者一次繳納 1,250 元
 - ◎舊會員皆於每年二月底前繳納全年費用。
 - ◎繳納之會費概不退還。
 - ◎當年度已於其他縣市繳清常年會費者，應檢具繳費證明及退會證明，得免繳當年度常年會費。
3. 請將款項匯入國泰世華銀行水滸分行，銀行代號：013，
戶名：社團法人臺中市職能治療師公會；匯入帳號：233-03-003955-1。

附件

1. 國民身份證正反面影本一份。
2. 畢業證書影本一份（證照考試應考資格）。
3. 職能治療師（生）證書正反面影本一份。
4. 繳費收據影本一份。
5. 二吋正面半身脫帽近照一張。
6. 退會證明。（原其他公會會員必須先向該會辦理退會）
7. 如需執登，請檢附在職證明影本一份以及「臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書」。**執登單位若是長照機構，請檢附長照機構設立許可證書。

臺與台不同，匯款時戶名請勿寫錯，
【臺】請勿寫成台，以免匯款失敗。

親辦、代辦、寄件

需執登者，請務必於完成入會籍執登手續始得執業。

可親洽（或代理人）公會辦理，或檢具附件連同申請表以掛號郵寄本會。

（急件者可先用傳真、電子郵件辦理，後仍須補寄入會申請書正本及相片）

文件寄送及通訊處：41258 臺中市大里區文心南路 1231 號

收件抬頭：社團法人臺中市職能治療師公會

電話：(04)2220-0516 傳真：(04)2220-0275

電子郵件：tcotu.office@gmail.com

網站：<http://www.tcotu.org.tw>

社團法人臺中市職能治療師公會入會申請表

姓名	(中文)	出生年月日		性	別
	(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		畢業年度
	(高中)				民國 年
	(大專)				民國 年
	(研究所)				民國 年
職能治療(師)證書：職字第 _____ 號 (民國 _____ 年取得)		執業 專長	<input type="checkbox"/> 小兒 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 生理 <input type="checkbox"/> 長照 <input type="checkbox"/> 職評 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 教學 <input type="checkbox"/> _____		
職能治療(生)證書：職字第 _____ 號 (民國 _____ 年取得)					
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	機構地址	□□□		住家電話	()
	戶籍地址	□□□		手 機	
	通訊地址	□□□		辦 公 室 電 話	() 分機：
	電子信箱			請務必填寫 電子信箱	傳 真 ()
是否曾加入其他職能治療師公會： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____ 縣市，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 社團法人臺中市職能治療師公會 申請人： _____ (簽章) 申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日					2吋照片
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。					

以下表格為本會填寫，申請人請勿填寫

資料檢核	<input type="checkbox"/> 國民身份證正反面影本一份 <input type="checkbox"/> 畢業證書影本一份 <input type="checkbox"/> 繳費收據影本一份 <input type="checkbox"/> 在職證明影本一份 <input type="checkbox"/> 二吋正面半身脫帽近照一張 <input type="checkbox"/> 職能治療師(生)證書影本一份 <input type="checkbox"/> 其他縣市公會退會證明 <input type="checkbox"/> 長照機構設立許可證書			
	<input type="checkbox"/> 需補填資料：_____		檢核日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	<input type="checkbox"/> 需補附件資料：_____		移交日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合入會資格 會員編號： _____		<input type="checkbox"/> 不符合入會資格 審查委員簽名： _____	
	入會日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日		理事會追認日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	<input type="checkbox"/> 移交審查		承辦人員簽名： _____	

臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書

107/15110108

10年

醫事人員 類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 助產士 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input checked="" type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 驗光師(生) <input type="checkbox"/> 其他_____	照片 黏貼處 (歇業免貼)
基本資料	姓名：_____ 出生年月日：____/____/____ 身分證統一編號：_____ 手機：_____ 執業機構名稱：_____ 執業機構代碼：_____ 執業機構地址：臺中市_____ 電話：_____ 執業科別：_____科	
申請事項	<p>*具有多重醫師人員資格者，依「具有多重醫事人員資格者執業管理辦法」第3條第2項規定，得申請於執業執照上加註(具資格且擬申請者請勾選)：</p> <p><input type="checkbox"/>醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/>醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/>醫師(兼具中醫師、牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/>牙醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/>牙醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/>牙醫師(兼具醫師、中醫師執業資格) <input type="checkbox"/>中醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/>中醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/>中醫師(兼具醫師、牙醫師執業資格)</p> <p>一、<input type="checkbox"/> 執(從)業登記 執(從)業日期：自____/____/____起</p> <p>二、<input type="checkbox"/> 歇業(註銷) 離職日期：____/____/____</p> <p>(一) <input type="checkbox"/> 單純歇業</p> <p>(二) <input type="checkbox"/> 變更執業場所(註銷原執業執照，重新申請執業登記)</p> <p> 原登記機構_____，離職日____/____/____</p> <p> 變更後機構_____，到職日____/____/____</p> <p>三、<input type="checkbox"/> 變更登記</p> <p>執業科別：原登記_____，變更後_____</p> <p>資格變更：原登記_____，變更後_____</p> <p>其 他：原登記_____，變更後_____</p> <p>四、<input type="checkbox"/> 遺失補發、損毀換發執業執照：</p> <p> ※請檢附：3個月內1吋正面脫帽照片2張、遺失具結書(執照遺失者)、原領執業執照(執照損毀者)、規費300元。</p> <p><input type="checkbox"/> 有效期限到期，更新執業執照：</p> <p> ※請檢附：原領執業執照、最近3個月內1吋脫帽半身照片2張、繼續教育學分證明、規費300元。</p> <p>備註：執業需領有執業執照，始得執業；歇業、停業需於離職或事實發生日起30日內辦理完成(以上日數計算含假日)；執業執照更新應於應更新日期屆滿前六個月內辦理完成。</p>	
申請人簽名：_____ 代理人簽名：_____ 申請日期：____/____/____		
公會戳章欄：		
第四層決行 擬辦： <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予執業、歇業、變更、執照更新。 <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予補、換發。 <input type="checkbox"/> 經審核與規定不符，檢還原件。		

醫事人員執業登記請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(先經公會核章)。
 2. 身分證正反面影本一份(外國人及華僑請檢附中華民國居留證)。
 3. 擬執業機構出具在職證明文件正本一份。
 4. 醫事人員證書正本及其影本一份(正本驗畢後發還)。
 5. 專科醫師證書影本一份(不具專科醫師資格者免附)。
 6. 繼續教育學分證明(前一張執業執照未過期者免附)。
 7. 最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張(黏貼於申請書,一張實貼,一張浮貼)。
 8. 規費300元。
 9. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。
- ★備註:外國人及華僑需另檢附勞動部核發之聘僱許可證明文件及衛福部核准函影本各一份。

醫事人員歇業登記請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(先經公會核章)。
 2. 原執業機構出具離職證明文件影本一份。
 3. 原核發執業執照正本。
 4. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。
- ★備註:應自事實發生之日起30日內,報請臺中市政府衛生局備查。

醫事人員變更執業場所請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(先經公會核章)。
2. 原核發執業執照正本。
3. 原執業機構出具離職證明文件影本一份。
4. 身分證正反面影本一份(外國人及華僑請檢附中華民國居留證)。
5. 擬執業機構出具在職證明文件正本一份。
6. 醫事人員證書正本及其影本一份(正本驗畢後發還)。
7. 專科醫師證書影本一份(不具專科醫師資格者免附)。
8. 繼續教育學分證明一份(前一張執業執照未過期或連續歇業期間未逾二年者免附)。
9. 最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張(黏貼於申請書,一張實貼,一張浮貼)。
10. 規費300元。
11. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。

醫師執業科別變更請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(毋須公會核章)。
2. 專科醫師證書影本一份(不具專科醫師資格者免附)。
3. 醫師證書正本及其影本一份(正本驗畢後發還)。
4. 原核發執業執照正本。
5. 最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張(黏貼於申請書,一張實貼,一張浮貼)。
6. 規費300元。
7. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。

醫事人員資格變更(例如:物理治療生變更為物理治療師)請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(先經「師」公會核章)。
2. 身分證正反面影本一份(外國人及華僑請檢附中華民國居留證)。
3. 原核發「生」執業執照正本。
4. 「師」之醫事人員證書正本及其影本一份(正本驗畢後發還)。
5. 最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張(黏貼於申請書,一張實貼,一張浮貼)。
6. 規費300元。
7. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。

醫事人員姓名變更請檢附：

1. 臺中市醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書(先經公會核章)。
2. 原核發執業執照正本。
3. 身分證正反面影本一份(外國人及華僑請檢附中華民國居留證)。
4. 醫事人員證書正本及正、反面影印本(證書應有衛生福利部核章加註姓名變更註記)。
5. 最近3個月內1吋正面脫帽半身照片2張(黏貼於申請書,一張實貼,一張浮貼)。
6. 規費300元。
7. 委託辦理者:委託書1份及代理人身分證明正本(委託書格式不拘,手寫亦可)。