社團法人台灣失智症協會

個人會員申請表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\***會員姓名 | 中文：英文： | **\***現在工作單位 | 中文：英文： | **\***職 稱 | 中文：英文： |
| 性別 | □女 □男 | **\***出生年月日 | 民國 年 月 日 | 身分證字號 |  |
| 經歷 |  | 最高學歷 |  |
| **\***戶籍地址 | 　　　　縣市 　　　　市區鄉鎮　　　　　路街　　段　　巷　　弄　　　號　　樓之　　　 |
| **\***通訊地址 | □同戶籍　　　　縣市　　　 　市區鄉鎮　　　　　路街　　段　　巷　　弄　　　號　　樓之　　　 |
| **\***電話 | O：( ) **\***H：( )**\***手機： | 傳真 | ( ) |
| 電子信箱 | E-mail: |
| 專長 | * □ □
 |
| **\***身份 | * 家屬 □ 病友 □ 皆非
 |
| **\***是否具失智相關專業人員 | □醫師 □護理 □社工 □心理 □職能治療 □物理治療 □營養 □其他醫藥相關人員 □機構負責人 □照服員□教師 □音樂治療師 □藝術治療師 □法律 □建築 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **\***何處獲知協會訊息 | □報章雜誌 □網路 □電視 □廣播 □醫療人員 □老人服務中心 □長照機構 □同事朋友 □本會會員 □研討會 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 對協會的期許 |  |
| 願意提供協會服務的項目 |  |
| **\***申請日期 | 民國 年 月 日 |  |
| 審查結果(請勿填) | 🞎通過 🞎不通過，原因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿會員服務委員會簽核(日期 ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( 年 月 日) | 會員號碼： |
| 備註 | 1.**\* 為必填欄位**  2.**個人會員入會費500元(第一年繳交)，常年會費800元(每年度繳交，一次繳5年享9折優惠，共3600元)**3.**郵政劃撥帳戶：社團法人台灣失智症協會19688567** 4.地址：（10461）台北市中山北路三段29號3樓之2 ；電話：（02）2598-8580；傳真：（02）2598-6580； E-mail：tada.tada@msa.hinet.net  |