

# 社團法人台南市腦性麻痺之友協會

## 會員入會申請表

介紹人：

會員姓名 一般會員		出生日期		身分證號	
學 歷		現 職		籍 貫	
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚			配偶姓名	
E-mail				子女人數	
連絡電話		行動電話		傳 真	
戶籍住址	市 區 里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓				
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另				
興 趣		專 長		是否願意擔任協會義工 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
C P會員		出生日期	年 月 日	身分證號	
手冊字號		與會員關係			
C P成因	<input type="checkbox"/> 早產 <input type="checkbox"/> 缺氧 <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 其他原因：				
殘障等級	<input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度				
障 礙 類 別	<input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 其他： (以身心障礙手冊上之資料為準)			健保重大傷殘證明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
相 關 障 礙	<input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 學習障礙 <input type="checkbox"/> 語障 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 其他：			輔助器具 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 何種類型：	
目前復 健情形	<input type="checkbox"/> 從未復健 <input type="checkbox"/> 曾做過復健，但目前已停止 原因： 目前有接受民俗治療：(如針灸、推拿、整脊) <input type="checkbox"/> 目前在 醫院/診所復健				
目前 情形	<input type="checkbox"/> 就讀日托機構 <input type="checkbox"/> 資源班 <input type="checkbox"/> 普通班 <input type="checkbox"/> 啟智班 <input type="checkbox"/> 就讀並通托兒所 <input type="checkbox"/> 在家目前與誰同住： <input type="checkbox"/> 目前從事： 就讀學校： 年級： <input type="checkbox"/> 機構住宿養護：				
會 員 種 類	1、個人會員：凡設籍台南市，年滿二十歲者，入會費500元，年費300元，共計800元。【若未滿20歲，則以家長名義申請入會】 2、贊助會員：凡設籍台南市以外，年滿二十歲者，入會費500元，年費300元，共計800元。【若未滿20歲，則以家長名義申請入會】 3、團體會員：凡認同本會宗旨之工商團體，入會費1000元，常年會費3000元。 4、永久會員：凡認同本會宗旨之社會人士，一次繳納會費20,000元者。 5、請繳交身分證影本(身心障礙手冊影本)、兩吋照片乙張。				
中 華 民 國 年 月 日					

協會電話：06-235-0254 傳真：06-208-7921 協會地址：台南市北區小東路423巷3號