社團法人台南市癲癇之友協會 入會申請書

|  |
| --- |
|  |

會員證號碼 填寫日期： 年 月 日

※本表僅供協會建檔之用，請盡量填寫清楚，謝謝！

認識協會來源：□親友介紹　□醫院介紹 　□廣播　　□網路　　□報章雜誌　　□其它

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 別** | □男 □女  | 相片黏貼處 |
| **出 生 年 月** | 民國 年 月 日 | **婚 姻 狀 況** | □未婚 □已婚 |
| **身份證字號** |  | **現 職 職 稱** |  |
| **緊急連絡人** | 姓名 電話: |
| **聯 絡 電 話** | 住家: 手機:工作: E-mail |
| **戶 籍 地 址** | □□□□□ 縣 鄉鎮 村 街 巷市 區市 里 路 段 弄 號 樓 |
| **聯 絡 地 址** | □同上□□□□□ 縣 鄉鎮 村 街 巷市 區市 里 路 段 弄 號 樓 |
| **身分別** | □癲癇朋友 □家屬 □社會大眾 □其他  | **與病友關係** |  |
| 以下填寫病友狀況及資料 |
| **姓名** |  | **性別** | □男 □女 |
| **出 生 年 月** | 民國 年 月 日 | **身分證字號** |  |
| **聯絡電話** | 電話:( )手機: | **興趣** |  |
| **教 育 程 度** | □學前兒童 □幼稚園 □國小 □國(初)中 □高中(職)□大學(大專) □研究所或以上 □特殊教育 □不識字 □自修(識字) |
| **身 心 障 礙****類 別** | □肢體障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙□聲音機能或語言機能障礙 □視覺機能障礙 □智能障礙□重要器官失去功能 □顏面損傷 □植物人□失智症 □自閉症 □慢性精神病患□多重障礙 □頑性(難治症)癲癇症 □罕見疾病□其他經中央衛生主管機關認定之障礙第 類 ( ) |
| **身 心 障 礙****等 級** | □極重度 □重度 □中度 □輕度 |
| **就醫狀況** | 癲癇主要發作類型及發作症狀： |
| 就醫單位及門診醫師： 醫院， 醫師 |
| □發病年齡？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；民國\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年；□不清楚或忘記了 |
| **※ 以 下 由 本 會 填 寫 。** |
| **會 員 類 別** | □個人會員 □贊助會員 □永久會員  |
| **入 會 日 期** |  年 月 日 |

備註：

1. 請將入會申請書詳填。
2. 再將入會申請書、入會費、常年會費、一吋照片一張、身分證及身心障礙手冊正反面影印本各乙份，一併繳齊。
3. ※會員資格依據「協會組織章程第七條」 入會費 年費
4. 個人會員：病友及家屬，設籍台南市--------------200元 300元
5. 個人會員：社會人士，設籍台南市----------------200元 600元
6. 贊助會員：病友及家屬，設籍台南市以外地區------200元 300元
7. 贊助會員：社會人士，設籍台南市以外地區--------200元 600元
8. 永久會員：不論身分別與戶籍，一次繳納會費20,000元
9. 入會費及年費請至協會繳納或利用郵政劃撥帳號，「社團法人台南市癲癇之友協會 31376273」
10. 協會地址：701-51台南市東區裕農路308號8樓之3，電話：06-2350253，傳真：06-2353235
11. E-mail：ept@teatn.org.tw