

桃園市腦性麻痺協會  
個人會員申請表

會員編號：

填表日期： 年 月 日

會員資料

會員姓名 (成年人為主)		出生日期	民國 年 月 日
身分證字號		聯絡電話	市話： 手機：
戶籍地址	縣 鄉鎮 市 市區	路 街 段 巷 弄 號 樓	
通訊地址 <input type="checkbox"/> 同上	縣 鄉鎮 市 市區	路 街 段 巷 弄 號 樓	
電子信箱			

身心障礙者資料

姓名		出生日期	民國 年 月 日
身份證字號		與會員關係	<input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 祖孫 <input type="checkbox"/> 其他：_____
障礙類別	第_____類	障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
診斷病名		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：_____
相關障礙	<input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 語障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 學障 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
生涯現況	<input type="checkbox"/> 就學，學校名稱/年級_____年級： <input type="checkbox"/> 普通班 <input type="checkbox"/> 特教班 <input type="checkbox"/> 資源班 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 就業，工作單位：_____ 職稱：_____ <input type="checkbox"/> 在社區式日間照顧 <input type="checkbox"/> 在小作所 <input type="checkbox"/> 在全日型住宿機構 單位名稱：_____ <input type="checkbox"/> 在家自行照顧 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____		

1. 新入會者請繳交入會費 500 元，常年會費 500 元。(低收入戶檢附證明常年費會 200 元)
2. 會員資料若有變更，請主動告知協會。
3. 加入會員後，若要退出，上項費用不予退回。

會址：桃園市蘆竹區南崁路 175 巷 10 號 5 樓 電話:3025507 傳真:3016871 劃撥帳號：50088434