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 路  市 市區 街 段 巷 弄 號 樓 | | |
| 通訊地址  □同上 | 縣 鄉鎮 路  市 市區 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 | □父子 □父女 □母子 □母女  □手足 □本人 □祖孫 □其他： |
| 障礙類別 | 第 類 | 障礙等級 | □輕度 □中度 □重度 □極重度 |
| 診斷病名 |  | 成因 | □早產 □缺氧 □黃疸 □發燒 □其他: |
| 相關障礙 | □癲癇 □肢障 □聽障 □語障 □視障 □智障 □學障 □其他： | | |
| 生涯現況 | □就學 ，學校名稱/年級 年級：  □普通班 □特教班 □資源班 □其他：  □就業，工作單位：  職稱：  □在社區式日間照顧 □在小作所 □在全日型住宿機構  單位名稱：  □在家自行照顧  □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