

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	縣市 鄉鎮市區	路 街 段 巷 弄 號 樓	
通訊地址 ☐ 同上	縣市 鄉鎮市區	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	☐ 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：桃園市蘆竹區南坎路 175 巷 10 號 5 樓 電話:3025507 傳真:3016871 劃撥帳號：50088434