



# 社團法人台中市身障福利協進會 入會申請表

入會類別	<input type="checkbox"/> A 基本會員 <input type="checkbox"/> B 贊助會員 <input type="checkbox"/> C 愛心會員			會員編號	No.		
照片黏貼處	姓名			出生年月日			
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		身分證字號			
	連絡電話	(H)	(T)				
戶籍地址	□□□						
現居地址	□□□						
學歷	<input type="checkbox"/> 國小以下 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學/大專 <input type="checkbox"/> 研究所以上						
在職	<input type="checkbox"/> 無就業 <input type="checkbox"/> 工商 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 其他_____						
身障等級	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重度						
身障特徵	<input type="checkbox"/> 單上肢( ) <input type="checkbox"/> 單下肢( ) <input type="checkbox"/> 雙上肢 <input type="checkbox"/> 雙下肢 <input type="checkbox"/> 其他						
輔具使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 單拐 <input type="checkbox"/> 雙拐 <input type="checkbox"/> 腳部支架( ) <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 電動輪椅						
緊急連絡人			關係			(H)	
					連絡電話	(T)	
可參與課程及活動時間	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上	<input type="checkbox"/> 早上
	<input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 下午	<input type="checkbox"/> 下午
	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 晚上
入會須知	<ol style="list-style-type: none"> <li>入會者請詳讀本會之章程及細則。</li> <li>申請入會須備妥下列相關文件： 「身分證」及「身障證明」正反面影本各1份、「照片」1張</li> <li>費用：「入會費100元」、「常年會費500元」</li> <li>逾期兩年未交常年會費者，視同退會，如欲再入會者，重新辦理入會手續。</li> <li>為建置完整之會員資料及完善的服務，懇請填表者詳整填寫，如若需更該基本資料時，請以電話聯繫秘書處以維護您自身權益。</li> <li>通訊(含網上報名)辦理者，請附完整資料及完成劃撥費用之單據。</li> <li>劃撥帳號：02692525 戶名：社團法人台中市身障福利協進會</li> </ol>						

介紹人：\_\_\_\_\_

-----以下由工作人員填寫-----

申請日期：\_\_\_\_\_

核准日期：\_\_\_\_\_

