

臺北市公共衛生師公會個人會員入會申請書

| | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|--|
| 中文姓名： | | 性別： | 證書字號：公衛字第 _____ 號 | |
| 英文姓名：(同護照名) | | 出生：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 身份證字號： | |
| 最高學歷 | <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 專科 畢業年度：民國 _____ 年 | | | |
| | 校名： | | 主修科系(所)： | |
| 報考公衛師學歷 <input type="checkbox"/> 同最高學歷 | <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 專科 畢業年度：民國 _____ 年 | | | |
| | 校名： | | 主修科系(所)： | |
| 其他資格證書 (醫事人員或其他專門職業及技術人員證書 ... 等) | | 證 書 名 稱 | 證 書 字 號 | |
| | | | 字第 _____ 號 | |
| | | | 字第 _____ 號 | |
| 戶籍地址：□□□ | | 相 片 | | |
| 通訊地址：□同上□□□ | | | | |
| 電話：() | 手機： | | | |
| 傳真：() | e-mail： | | | |
| 現 職 | 機構名稱： | | | |
| | 單位： | | | |
| | 到職日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | 職 稱： | |
| | 工作主類(可複選)： <input type="checkbox"/> 社區與場域之環境健康風險及方案之規劃、推動或評估。 <input type="checkbox"/> 社區與場域之疫病調查及防治方案之規劃、推動或評估。 <input type="checkbox"/> 社區與場域之民眾健康狀態調查及健康促進方案之規劃、推動或評估。 <input type="checkbox"/> 社區與場域之食品安全風險調查及品質管理方案之規劃、推動或評估。 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請填寫) | | | |
| | 執業地址：□□□ 辦公室電話：() 分機： | | | |
| 應 繳 交 文 件 | <input type="checkbox"/> 公共衛生師證書影本一份 <input type="checkbox"/> 最高學歷畢業證書影本一份 <input type="checkbox"/> 報考公共衛生師畢業證書影本一份 <input type="checkbox"/> 國民身分證正反面影本一份 <input type="checkbox"/> 本人1吋或2吋正面脫帽半身照片2張 <input type="checkbox"/> 原屬公會退會證明文件一份 (首次入會者免附) | | 蒐集、處理、利用及傳輸會員個資告知同意書 本人茲了解且同意公會基於會務及活動等業務需要(如公文轉知、雜誌寄送、團體保險、醫療統計……等)而蒐集、處理、利用及傳輸(呈報全聯會)個人資料,在不違反個人資料保護法之範圍內,合法善意應用本人之個人資料。 本人對前項個人資料之提供或應用保有拒絕之權利,但本人若因拒絕公會對本人合法善意之應用而造成本人自身權益損害之情事,概由本人承擔其後果,與公會無涉。 | |
| | 申請人：_____ (簽名) 申請日：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | |
| 審查紀錄 (以下為工作人員作業區,申請者免填) | | | | |
| 入會審查： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 待補件 <input type="checkbox"/> 資格不符 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 審查委員：_____ | | | | |
| 會 員 編 號：_____ 入 會 日：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | | |