

# 社團法人台南市癲癇之友協會 入會申請書

會員證號碼

填寫日期： 年 月 日

※本表僅供協會建檔之用，請盡量填寫清楚，謝謝！

認識協會來源：親友介紹 醫院介紹 廣播 網路 報章雜誌 其它\_\_\_\_\_

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	相片黏貼處	
出生年月	民國 年 月 日	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚		
身份證字號		現職職稱			
緊急連絡人	姓名	電話：			
聯絡電話	住家： 工作：	手機： E-mail			
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 街 巷 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 區市 里 路 段 弄 號 樓				
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 街 巷 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 區市 里 路 段 弄 號 樓				
身分別	<input type="checkbox"/> 癲癇朋友 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 社會大眾 <input type="checkbox"/> 其他_____			與病友關係	

以下填寫病友狀況及資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月	民國 年 月 日	身分證字號	
聯絡電話	電話：( ) 手機：	興趣	
教育程度	<input type="checkbox"/> 學前兒童 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國(初)中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大學(大專) <input type="checkbox"/> 研究所或以上 <input type="checkbox"/> 特殊教育 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修(識字)		
身心障礙類別	<input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 視覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 頑性(難治症)癲癇症 <input type="checkbox"/> 罕見疾病 <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關認定之障礙 第_____類 ( )		
身心障礙等級	<input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度		
就醫狀況	癲癇主要發作類型及發作症狀：  就醫單位及門診醫師：_____醫院，_____醫師 <input type="checkbox"/> 發病年齡？_____；民國_____年； <input type="checkbox"/> 不清楚或忘記了		

✂ 以下由本會填寫

會員類別	<input type="checkbox"/> 個人會員	<input type="checkbox"/> 贊助會員	<input type="checkbox"/> 永久會員
入會日期	年 月 日		

備註：

1. 請將入會申請書詳填。
2. 再將入會申請書、入會費、常年會費、一寸照片一張、身分證及身心障礙手冊正反面影印本各乙份，一併繳齊。
3. ※會員資格依據「協會組織章程第七條」

	入會費	年費
A. 個人會員：病友及家屬，設籍台南市-----	200 元	300 元
B. 個人會員：社會人士，設籍台南市-----	200 元	600 元
C. 贊助會員：病友及家屬，設籍台南市以外地區-----	200 元	300 元
D. 贊助會員：社會人士，設籍台南市以外地區-----	200 元	600 元
E. 永久會員：不論身分別與戶籍，一次繳納會費 20,000 元		
4. 入會費及年費請至協會繳納或利用郵政劃撥帳號，「社團法人台南市癩癩之友協會 31376273」
5. 協會地址：701-41 台南市東區府連東路2號，電話：06-2350253，傳真：06-2353235
6. E-mail: ept@teatn.org.tw

-----黏-----貼-----處-----

請將身分證影印本  
自行浮貼於線框內

-----黏-----貼-----處-----

將身障手冊影印本  
自行浮貼於線框內