

中華民國學校護理人員協進會-會員入會申請書 所屬縣市：\_\_\_\_\_

姓名		性別		生日	民國_____年_____月_____日
聯絡電話	H：( ) O：( ) 行動電話：	身份證字號			
E-mail					
戶籍地址	郵遞區號 □□□□□	縣(市)	市/區/鄉/鎮	村/里	鄰 路/街 段 巷 弄 號
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如下--郵遞區號 □□□□□	縣(市)	市/區/鄉/鎮	村/里	鄰 路/街 段 巷 弄 號
服務學校	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立 學校全名：_____	受聘類型	<input type="checkbox"/> 經銓敘部銓敘通過 <input type="checkbox"/> 約聘僱 <input type="checkbox"/> 短代 <input type="checkbox"/> 其他	初任校護到職日期	_____年_____月_____日
學校地址	郵遞區號□□□□□	縣(市)	市/區/鄉/鎮	村/里	鄰 路/街 段 巷 弄 號
學歷	最高護理學歷：_____ 其他最高學歷：_____				
考試資格	<input type="checkbox"/> 1 專技高考 <input type="checkbox"/> 2 專技普考 <input type="checkbox"/> 3 公務人員高考 <input type="checkbox"/> 4 公務人員普考 <input type="checkbox"/> 5 護士檢覈考 <input type="checkbox"/> 6 護理師檢覈考 <input type="checkbox"/> 7 助產士檢覈考 <input type="checkbox"/> 8 地方基層特考 <input type="checkbox"/> 9 公務人員薦任升等考 <input type="checkbox"/> 10 公立學校職員薦任升等考 <input type="checkbox"/> 其他				
證書字號	護士：_____字_____號 護理師：_____字_____號				
工作經歷	初任職年月/機關單位：__年__月至__年__月任職__。(請填下列代號) 續任職年月/機關單位：__年__月至__年__月任職__。(請填下列代號) _____年__月至__年__月任職__。(請填下列代號) _____年__月至__年__月任職__。(請填下列代號) (A 臨床 B 公衛 C 工廠 D 學校護士(護理師)E 實習指導教師) 專長：_____ 其它經歷：_____				
會員經歷	現任協進會職務：_____ 屆別：_____ 歷任協進會職務：_____ 屆別：_____				
備註	個人會員：經銓敘之現職公職學校護理人員、不定期契約之學校護理人員。 贊助會員：泛指認同本會宗旨之個人或公私機構團體，例如退休校護、短代、非校護等。				
資格審核	貴員於_____年_____月_____日經第_____屆理事會決議通過為(個人/贊助)會員				
會員類別	<input type="checkbox"/> 個人會員 <input type="checkbox"/> 贊助會員	入會日期	_____年_____月_____日	會員證編號	
簽核	會員組：	會長：		理事長：	