

中華民國應用音樂推廣協會

專業認證會員申請檢附清單

申請者請以黑筆或藍筆確實填寫以下資料，逐項確認文件完備並依序排列後，寄送至中華民國應用音樂推廣協會。若需補件，協會工作人員將於核對後寄送 E-mail 通知，請於通知信內所載之期限內完成補件，逾期視同放棄，將不予審查。謝謝您的合作！

【寄件地址】24205 新北市新莊區中正路 510 號輔仁大學野聲樓 YP118 室

姓 名：_____ 聯絡電話：_____

送件日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 E-mail：_____

編號	項 目	申請者 檢核	審查專用(申請者請勿填寫)	
			受 理	審 核
1	*申請表	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 填寫完整 <input type="checkbox"/> 需補件	
2	*二吋半身脫帽照片 2 張	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無，需補件	
3	*身分證正反面影本	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無，需補件	
4	*國內外音樂治療主修之 學士以上學位證書影本 《※國外學歷須經我國駐外單位驗證》	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3-1 學位證書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無，需補件 3-2 是否驗證？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，需補件	教育部認可之學校？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 專業音樂治療學會或 組織認可之音樂治療 學程系所？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5	音樂治療師專業資格證明影本	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 效期內 <input type="checkbox"/> 超過期限 <input type="checkbox"/> 無
6	音樂治療相關證明文件			<input type="checkbox"/> 不需審核 <input type="checkbox"/> 全職工作三年以上 <input type="checkbox"/> 兼職工作五年以上 <input type="checkbox"/> 實習/接受督導時數 _____小時
6-1	在職證明(正本)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	6-1 <input type="checkbox"/> 有__份， <input type="checkbox"/> 無	
6-2	工作證明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	6-2 <input type="checkbox"/> 有__份， <input type="checkbox"/> 無	
6-3	督導時數證明(實習/接受督導時數證明或成績單)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	6-3 <input type="checkbox"/> 有__份， <input type="checkbox"/> 無	

※ 上列 1-4 項為必備項目，5-6 項請依申請資格，參酌適用項目檢附備審。所有文件請自行留檔，恕不退還。

茲聲明本人提供之資料完全屬實，願意負全部責任。

簽名：_____ 日期：_____

(審查專用欄，請勿填寫)

收件	收件日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日	收件人(簽章)：_____
受理	受理日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日	受理人(簽章)：_____
	受理意見：	
	<input type="checkbox"/> 核對完成不需補件，送理事會審查	送件編號：20____-____-____(年-月/日-序號)
	<input type="checkbox"/> 需補件，_____ (填寫缺漏文件編號)	通知補件日：_____ 年 _____ 月 _____ 日
審核 意見	<input type="checkbox"/> 符合本會組織章程第七條第一項(一)專業認證會員所列之第____款規定，通過審核。	
	<input type="checkbox"/> 經理事會於_____ (日期) 審查，應補文件備核_____ (文件編號/說明)。	
	<input type="checkbox"/> 學歷與實習及督導時數通過，符合甄審資格。	
	<input type="checkbox"/> 學歷、實習及督導時數或工作資歷未通過專業會員甄審之規定，不符合甄審資格。	

中華民國應用音樂推廣協會

<input type="checkbox"/> 一般會員轉籍 會員編號：_____
<input type="checkbox"/> 新申請會員

專業認證會員入會申請書

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

姓 名		性 別		照片浮貼處
出生年月日	民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	照片黏貼處 二吋半身脫帽照 2 張 (照片背面請寫上姓名)		
身分證字號				
出生地				
聯絡電話	手 機： 住 家：() 辦公室：()			
E-mail				
戶籍地址				
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上			
服務單位		職 稱		
推 薦 人 <small>(109/12/31 後申請者必填)</small>	(推薦人 1)	(推薦人 2)		
請填妥以下欄位，並檢附相關證明				
學 歷	(請檢附學位證書影本，國外學歷須經我國駐外單位驗證)			
音樂治療專業證照	(請檢附專業證照影本)			
音樂治療相關經歷	(請檢附相關證明)			

(審查專用欄，請勿填寫)

審 查 結 果	<input type="checkbox"/> 符合專業認證會員資格 <input type="checkbox"/> 符合甄審資格 <input type="checkbox"/> 不通過	甄 審 結 果	<input type="checkbox"/> 免 甄 審 <input type="checkbox"/> 通 過 <input type="checkbox"/> 不 通 過	會 員 編 號	TRMT
				日 期	/ /

身分證影本黏貼處
(正面)

身分證影本黏貼處
(反面)