|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 號次 | 照片 | 姓名 | 出生年月日 | 性別 | 學歷 | 現任、經歷與榮譽 | 政見 |
| 不需填寫 |  |  | 年月日 |  |  | 【現任】  【經歷】  【榮譽】  (200字以內) | 1、  2、  (200字以內) |
| 參選項目 | | □理事　　□監事　　（請擇一勾選） | | | | | |
| 委員會意願 | | □會員事務□專業知能□藝文康樂□財務管理□專業推廣□公共事務□醫療責任補助金  □其他，請填寫　　　　　　　　　　　　　 **(請至少勾選一個以上)** | | | | | |
| 說明:一、本會理事、監事之參選資格應為**本會現任會員**，且已繳清會費。  二、相片部份，請掃描一張**彩色大頭照**附上，如為上半身照者請確認照片的臉龐清楚可辨識。  三、文字部份請使用**12級之標楷體字體**書寫，學歷、經歷、榮譽、政見等欄位，**每欄位限200字以內**。若實有需詳述之政見或其他輔助說明，欄位不敷使用者，敬請製作成**QR Code**擺放於政見欄位。  四、會員大會當日舉辦選舉並公布結果後，立即舉行第八屆第一次理監事聯席會議，請參選者務必攜帶**身分證正反面影本一份及印章**並出席會議。  五、敬請於**109年12月30日17:00PM**前將參選表填妥並**親簽名**後，以**word檔案**，**e-mail方式繳至本會秘書處**，**逾期恕不收件**。若未使用上述方式繳交參選表，或未完整填寫及勾選空白欄位，經通知仍未在上述期限內更正、繳交者，均視同未完成報名參選程序。  六、有關參選事宜，若有需詢問之處，敬請聯繫公會秘書處。  聯絡人：何伃婷秘書 e-mail：service@taot.org.tw  聯絡地址：10842臺北市萬華區中華路一段78號10樓之3 聯絡電話：02-23121700 傳真電話：02-23121672 | | | | | | | |
| 本人已詳細閱讀參選說明，同意參加社團法人臺北市職能治療師公會第八屆理事、監事選舉，並願意遵守選舉相關規定。當選後，恪遵理監事職務義務。 **簽名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　日期：　 　年　　月　　日** | | | | | | | |