

中華民國腦性麻痺協會入會申請表

會員編號：

入會日期： 年 月 日

會員基本資料	會員姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	
	身分證字號				子女人數		
	現居地址	<input type="text"/> - <input type="text"/>	縣(市)		鄉(鎮市區)	里	
		路(街)	段	巷	弄	號 樓	
	戶籍住址	<input type="text"/> - <input type="text"/>	縣(市)		鄉(鎮市區)	里	
		鄰	路(街)	段	巷	弄 號 樓	
	聯絡電話(H)	()			手機號碼		
	公司電話(O)	()			傳真號碼		
	E-mail 信箱						(必填)
	學 歷				經 歷		
服務機構(公司)名稱				職 務			
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他_____						
配偶姓名				配偶現任職			
身心障礙者資料	身心障礙者姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	
	身分證字號		是否有領取重大傷病卡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	會員與身心障礙者關係		
	障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	障礙類別	<input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 其他_____ (手冊障別為主)			
	相關障礙	<input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 語障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 學障 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	障礙成因	<input type="checkbox"/> 早產 <input type="checkbox"/> 缺氧 <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 其他原因_____					
	目前現況	<input type="checkbox"/> 早療 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 特殊教育學校 <input type="checkbox"/> 在家教育 (<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中) <input type="checkbox"/> 在家(教養) <input type="checkbox"/> 安置機構_____ (敘明機構名稱, 含小作所、日間照顧中心等) <input type="checkbox"/> 就業 (職業_____, 職務_____)					
	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他_____						

個人資料使用聲明同意書

貴客戶您好，中華民國腦性麻痺協會(以下稱本會)非常重視您的個人資料保護，因此我們制訂了個資保護聲明，我們於運用您的個人資料均遵守中華民國「個人資料保護法」相關要求，請您閱讀本聲明，以瞭解您的相關權益：

1. 當您提供您的個人資料(含姓名、身分證字號、電話及住址等資料，下稱個人資料。)時，您的個人資料會被我們蒐集並受到安全的保護，我們會將您所提供資料於本會作為客戶管理、統計調查與分析、資訊與資料庫管理之執行、處理及利用等用途。
2. 您同意本會以您所提供的個人資料用以確認您的身份、並與您進行聯絡、並提供您本會之行銷服務資訊，以及合於其他隱私權保護政策規範之使用方式。
3. 您依據個人資料保護法第 3 條規定，就本公司所蒐集、處理及利用之個人資料，享有查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用、請求刪除之權利。若您欲行使前開權利，請來電 02-2892-6222 我們於接獲通知後會儘速與您聯絡處理。但因本公司依法令執行職務或業務所必需者，本公司得拒絕之。
4. 我們保留您個人資料的期限，以完成本個資使用聲明所載目的所必要的期間為準，但若法律要求或許可更長的期間，則不在此限，而以該法律所規定更長的期間為準；另您可自由選擇是否提供本會您的個人資料，但若您所提供之個人資料，經檢舉或本會發現不足以確認您的身分真實性或冒用、盜用、資料不實等情形，或者您選擇不提供個人資料時，本會有權暫時停止提供對您的服務，若有不便之處敬請見諒。
5. 您瞭解本聲明書符合個人資料保護法及相關法規之要求，具有書面同意本會得依本聲明內容蒐集、處理及利用您的個人資料之效果；您所提供的資料，將依據本會資訊安全政策及規範提供最嚴格的管理及保護。
6. 您同意參加本會於活動或是研習期間所進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於本會，本會得於不侵犯個人權利及非營利範圍內，無償使用。

同意簽名 _____

1. 入會申請資料更新表執回方式：傳真、郵寄（執回後請聯絡資管人員確認是否入會成功）
2. 會費可利用郵局劃撥帳號：16380438（請註明會費）
3. 入會費新台幣 500 元、年費新台幣 500 元整(初次入會者請繳交上述共 1000 元)
4. 會員通訊資料請務必填寫；相關資料若有變更，請主動告知協會，謝謝！
5. 協會電話：02-28926222 傳真：02-28911389 信箱：cp.cpfamily@gmail.com
協會地址：11268 臺北市北投區大業路 166 號 5 樓