**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 | 🞎有 🞎無 | 🞎填寫完整  🞎需補件\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 2 | \*二吋半身脫帽照片2張 | 🞎有 🞎無 | 🞎有 🞎無，需補件 |  |
| 3 | \*身分證正反面影本 | 🞎有 🞎無 | 🞎有 🞎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**》 | 🞎有 🞎無 | 3-1學位證書  🞎有 🞎無，需補件  3-2是否驗證？  🞎是 🞎否，需補件 | 教育部認可之學校？ 🞎是 🞎否  專業音樂治療學會或組織認可之音樂治療學程系所？🞎是 🞎否 |
| 5 | 音樂治療師專業資格證明影本 | 🞎有 🞎無 | 🞎有 🞎無 | 🞎效期內  🞎超過期限  🞎無 |
| 6 | 音樂治療相關證明文件 |  | 6-1 🞎有\_\_份，🞎無  6-2 🞎有\_\_份，🞎無  6-3 🞎有\_\_份，🞎無 | 🞎不需審核  🞎全職工作三年以上  🞎兼職工作五年以上  🞎實習/接受督導時數  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_小時 |
| 6-1  6-2  6-3 | 在職證明(正本)  工作證明  督導時數證明(實習/接受督導時數證明或成績單) | 🞎有 🞎無  🞎有 🞎無  🞎有 🞎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： |  |
| 🞎 核對完成不需補件，送理事會審查 | 送件編號：20\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_(年-月/日-序號) |
| 🞎 需補件，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (填寫缺漏文件編號) | 通知補件日：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 |
| 審核意見 | 🞎 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。 | |
| 🞎 經理事會於\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(日期) 審查，應補文件備核\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(文件編號/說明)。 | |
| 🞎 學歷與實習及督導時數通過，符合甄審資格。 | |
| 🞎 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。 | |

🞎 一般會員轉籍  
會員編號：\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 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** | 🞎 同上 | | | |
| **服 務 單 位** |  | | **職 稱** |  |
| **推 薦 人 (限專業認證會員)** | (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** | 🞎 符合專業認證會員資格  🞎 符合甄審資格  🞎 不通過  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **甄審**  **結果** | 🞎免 甄 審  🞎通 過  🞎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) |