

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 (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 | <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)