（本欄由工作人員填寫）

會員編號：

台灣雷特氏症病友關懷協會

入會申請表

 填表日期： 年 月

|  |
| --- |
| (贊助會員(註一)免填) |
| 病友姓名：身份證字號 :  | 性別： | 生日： 年 月 日 | 電話：〈 〉 |
| 填表人姓名：身份證字號 :  | 性別： | 生日： 年 月 日 | 電話：〈 〉 |
| 戶籍地址： |
| 通訊地址： | 手機： |
| e-mail： |
| 學經歷 :  | 現任本職 :  |
| (贊助會員免填)家庭成員（以居住在同一地方的親屬為主，不足則請寫在背面） |
| 稱謂 | 姓名身份證字號 | 出生〈年月日〉 | 學歷 | 現任本職 | 聯絡電話 | 加入正式會員 | 備註 |
|  |  |  |  |  |  | □ |  |
|  |  |  |  |  |  | □ |  |
|  |  |  |  |  |  | □ |  |
|  |  |  |  |  |  | □ |  |
|  |  |  |  |  |  | □ |  |
|  |  |  |  |  |  | □ |  |
|  |  |  |  |  |  | □ |  |
| (正式會員(註二)與贊助會員(註一)免填, 準會員(註三)需填寫)病友的教育現況：□尚未就學（因為：□年齡未到□無法就學　　□其他： ） □在學（學校／科系：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病友家庭主要經濟提供者：□病友本身 □父親 □母親 □配偶 □兄弟姊妹 □其他（來源： ） |
| 病友的主要照顧者：□父親 □母親 □兄弟姊妹 □配偶 □子女 □自己 □看護 □其他： 姓名／聯絡電話、手機：  |
| 病友是否接受過其他單位補助：□沒有 □有，補助單位/項目/金額如下：單 位 名 稱 補助項目 金額 |
| 病友是否已經加入任何社會福利團體或病友團體：□沒有 □有，團體名稱：1. 協助項目： 2. 協助項目：  |
| 病友或家屬是否希望收到本會的會訊或疾病衛教：□是 □否 |
| 病友或家屬方便連絡的時間：□上午： □下午： □晚上： □其他：  |
| 病友或家屬配合本會宗旨,而願意提供聯絡電話給家族裡其他需要咨詢者的意願：□願意 □不願意 |
| 病友或家屬是否願意在媒體曝光(如採訪/平面報導/公開之網頁..等)協助大眾對Rett的認識 : □願意 □不願意 |
| 病友或家屬目前需要協助的困擾：*(可複選，並請儘量說明)*□疾病治療的相關問題（請說明： ）□疾病的藥物及營養品問題（請說明： ）□社會福利問題（□重大傷病卡取得問題、□身心障礙手冊取得問題、□其他 ）□早期療育相關問題（請說明： ）□就學相關問題（請說明： ）□就業相關問題（請說明： ）□安養相關問題（請說明： ）□情緒、心理相關問題（請說明： 　　　　 ）□生活、經濟相關問題（請說明： ）□其他（請說明： 　　 ） |
| 身份證影本正面請浮貼(如有多個會員,請往下浮貼) | 身份證影本反面請浮貼(如有多個會員,請往下浮貼) |
| 家長專長: |
| 簡述病友發展情形 (由出生至今) : |
| 有話想說：（歡迎自由抒發……） |
|  近期生活照或全家福照片 |

備註 :

準會員入會請附上證明文件 : 醫生證明文件或基因檢測報告或重大傷病文件

入會會員請附上身證份正反面影本 , 如沒有身份證, 請附上戶口名簿影本

請寄到 : 苗栗縣頭份鎮中央路545巷19號5樓 台灣雷特氏症病友關懷協會 收

或email 至 信箱 rettsyndrome.taiwan@gmail.com

聯絡電話 : 037-685250 傳真號碼 : 037-685250

註一 贊助會員 : 凡贊同本會宗旨之機構或團體、年滿二十歲之自然人，同意每年捐贈最低三萬元給本會，繳納捐款後，為贊助會員。

註二 正式會員：凡贊同本會宗旨、具有雷特氏症診斷者之年滿二十歲之家屬，填具入會申請書，經理事會通過，為正式會員。

註三 準會員：具雷特氏症診斷者，且其親屬有一人為正式會員者，為準會員。