

(本欄由工作人員填寫)

病友編號：_____

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： 性別： 生日： 年 月 日 電話： -

身分證字號：

填表人姓名： 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	出生 (年月日)	學歷	現任本職	聯絡電話	加入 正式會員	備註
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	

(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：

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諮詢者的意願：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：

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.....)

身心障礙證明及重大證明

近期生活照或全家福照片

V 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
請寄到：10042 台北市中正區武昌街一段 77 號 6 樓之 18 電話：02-23810355
社團法人台灣雷特氏症病友關懷協會收 傳真號碼：02-23810708

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。

(第一次入會繳 500 元入會費及年度常年會費 500 元)

註三準會員：具雷特氏症診斷患者，且其親屬有一人為正式會員者，為準會員。