

社團法人臺中市職能治療師公會 退會聲明

茲因本人 近期不再執業 其他：_____，擬退出社團法人臺中市職能治療師公會。僅依社團法人臺中市職能治療師公會章程規定，提出退會聲明，請予辦理。本人同意繳清所欠會費，並了解於退會之後，不再繼續享有會員權益，亦不得要求退費。

本人已繳清欠繳及當年度常年會費：是 否

此致

社團法人臺中市職能治療師公會

退會申請人： (簽章)

會員編號：

聯絡電話：

通訊地址：

中華民國 年 月 日

註-人民團體法第六十六條及社會團體財務處理辦法第十九條規定：社會團體會員繳納之各項費用，於退會時，不得請求退還。

退會說明

1. 執業異動變更至其他縣市者必須辦理退會。
2. 歇業不等於退會。不再從事職能治療工作但若想繼續擁有會員之所有權益，可以不用辦理退會，但需每年繼續繳交常年會費。若不想繼續享有本會的服務，則必須辦理退會。
3. 若已無從事職能治療業務，必須於已繳納常年會費之當年度辦理退會，否則視為同意維持會員身份，若於新的繳費年度開始才要辦理退會，需繳清常年會費後才能退會。
4. 若沒有完成退會程序，視為同意維持會員身份並繼續享有會員權利，日後要辦理退會，必須繳清所欠會費才能退會，不得以任何理由提出異議。
5. 退會者必須繳清之前或當年度未繳之會費。
6. 會員所繳會費概不退還。
7. 擬退會者必須以書面向本會辦理退會。

已辦理歇業者

未辦理歇業者、
轉往其他縣市執業者

✦ 填妥退會聲明後，將正本寄回本會。
(可先傳真，後將正本寄回本會)

* 如有欠繳會費，請繳清積欠之款項，並附上繳費證明。

📎 請先傳真下列文件至本會，以辦妥歇業：
1. 執業異動申請表
(公會、衛生局各一張，共兩份表格)
2. 離職證明書

✦ 填妥退會聲明，將正本寄回本會。
(可先傳真，後將正本寄回本會)
* 如有欠繳會費，請繳清積欠之款項，並附上繳費證明。

*** 寄出後請務必來電確認 (請寄掛號)，以免信件遺失導致未完成退會手續。**

社團法人臺中市職能治療師公會

通訊地址：40341 臺中市西區建國路 29 號 1 樓

電話：04-2220-0516 MAIL：tcotu.office@gmail.com

傳真：04-2220-0275 Line ID：22608277

