

社團法人新北市語言治療師公會

退 會 聲 明

茲因本人_____（請擇一勾選填寫）

☐停業

☐歇業

☐轉往_____縣（市）執業

☐其他_____

擬退出社團法人新北市語言治療師公會。僅依社團法人新北市語言治療師公會章程規定，提出退會聲明，請予以辦理。本人同意繳清所欠之會費，並了解於退會之後即不再享有會員之權益，亦不會提出退費要求。

此致

社團法人新北市語言治療師公會

退會申請人：_____（簽名）

原會員編號：

聯絡電話：

通訊地址：

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

● 注意事項：

1. 辦理退會，請以掛號郵寄方式繳交以下文件：

(1)退會聲明書

(2)原服務單位離職證明影本

2. 會員退會以申請日期為依據，若尚未繳納常年會費者，請以轉帳方式繳清常年會費，並提供轉帳匯款收據影本一份。

3. 須向新北市政府衛生局提出『醫事人員』執業登錄、歇業及變更申請。

4. 本會將於工作日 10 日內，以掛號郵寄方式寄予會員「社團法人新北市語言治療師公會退會/執業異動證明」一份。

社團法人新北市語言治療師公會

聯絡處地址：22099 板橋文化路郵局第 155 號信箱（社團法人新北市語言治療師公會 收）

E-mail：ntpslp@gmail.com

繳費帳號：板橋南雅郵局（700），戶名：「社團法人新北市語言治療師公會」，
帳號：0311126-0289053