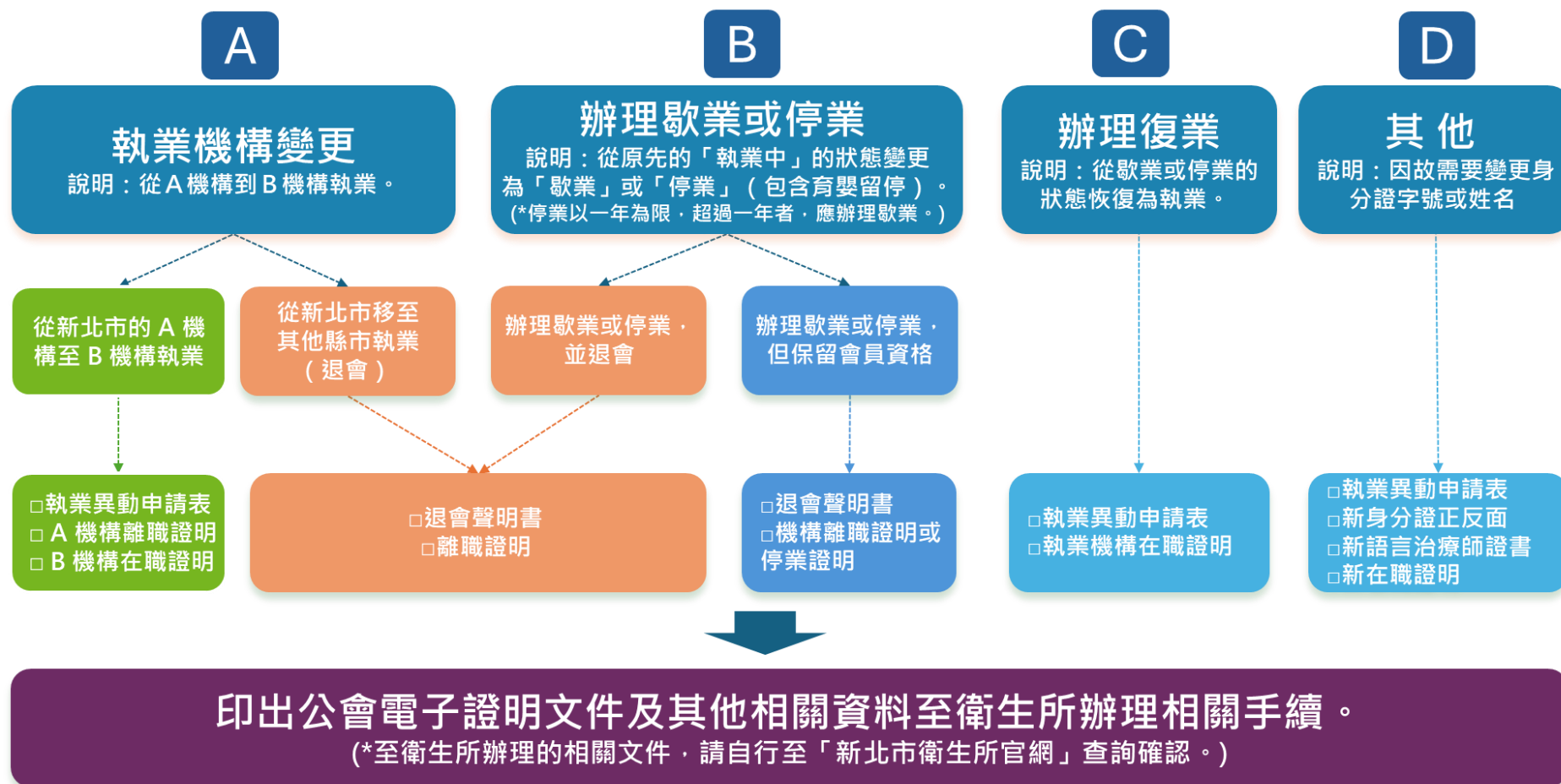


依據語言治療師法第 10 條之規範，執業狀態變更時，皆需於規定的時間內，先至公會辦理相關手續後，再報請原發照執業機關備查。  
若您的執業狀態有任何變更，皆請備妥相關資料 **Email 或郵寄至公會辦理異動手續**，取得公會證明文件後，再至衛生所辦理異動。  
詳細流程如下：



若您無法確定應辦理何種業務，歡迎 Email 洽詢公會秘書處。

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

E-mail：ntpslp@gmail.com

# 社團法人新北市語言治療師公會

## 執業異動申請表

會員編號		語言治療師 證書字號	
會員姓名		生日	年 月 日
身分證字號		電話	
原執業機構名稱			
離職日期	民國 年 月 日		
異動原因	<input type="checkbox"/> 停業 <input type="checkbox"/> 歇業 <input type="checkbox"/> 復業 <input type="checkbox"/> 執業地點變更 <input type="checkbox"/> 其他_____		
新執業機構 (若無則免填)	名稱:		
	地址:		
	電話:		
到職日期	民國 年 月 日		

申請人：\_\_\_\_\_（簽名）

※另請附上相關異動證明。

申請日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日