

台中市語言治療師公會
語言治療人員服務獎章表揚辦法

2024.03.25 第五屆第5次理監事會議修訂
2024.06.24 第五屆第6次理監事會議通過
2024.08.02 公告實施

- 第一條 台中市語言治療師公會(以下簡稱本會)為表揚資深優良的語言治療人員，獎勵其服務熱忱，勉勵後進，特訂定「台中市語言治療師公會語言治療人員服務獎章表揚辦法」(以下簡稱本辦法)。
- 第二條 本辦法之獎項每年公告辦理。凡為本會所屬公會會員，並執業登記在本市醫療(事)機構服務滿三年以上，在語言治療相關領域服務年資累計滿三十年、四十年以上，得接受表揚之。
- 第三條 本獎項提名審查方式：
符合第二條資格的會員，由本人填妥「會員語言治療執業年資證明書」(如附件)，並提供相關醫事人員年資證明，寄交本會秘書處，彙整後提交理事會審核通過。
- 第四條 本獎項名額獎項及表揚方式：
本獎項名額無限制，須由本人親自領取，不得代領。
獎項一：年滿三十年服務年資者，頒給三十年服務感謝獎狀乙張、獎金6000元整。
獎項二：年滿四十年服務年資者，頒給四十年服務感謝獎狀乙張、獎金10000元整。
由本會理事會審查通過後，於年度會員大會以理事長名義頒發獎項，並公告表揚之。
- 第五條 曾獲獎項者，不再接受同獎項之提名。
- 第六條 本辦法經理事會議通過後實施，修正時亦同。

台中市語言治療師公會 會員語言治療執業年資證明書

姓名		通訊地址	()			
身分證字號		聯絡電話		會員編號		
現任	機構名稱	科 室	職 稱	到職日期 年/月/日	離職日期 年/月/日	實際執業 期間
				__/__/__	__/__/__	__年__月
經歷 (格數不 夠時， 請寫第 二張)	1.			__/__/__	__/__/__	__年__月
	2.			__/__/__	__/__/__	__年__月
	3.			__/__/__	__/__/__	__年__月
	4.			__/__/__	__/__/__	__年__月
	5.			__/__/__	__/__/__	__年__月
	6.			__/__/__	__/__/__	__年__月
	7.			__/__/__	__/__/__	__年__月
	8.			__/__/__	__/__/__	__年__月
以上資料務必確實填寫，不得虛假，如有不實自付相關法律責任。簽章：_____						
(會員免填)秘書處審核意見： 合計年資：__年__月 審核結果： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 承辦人簽章：_____ 理事長簽章：_____						

填妥並附上證明資料後請郵寄至(406)台中市北屯區文心路四段 955 號 10 樓之 4(106 室)，或 mail 至 taichungcityslpu@gmail.com