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　□轉至＿＿＿＿＿＿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-按本會章程第四十一條規定：會員辦理退會時，應繳清積欠會費，其已繳納之會費及入會費概不退還。

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。
3.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。
4.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。
5.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。
6.退會者必須繳清之前或當年度未繳之會費；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

✦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。

未辦理歇業者、轉往其他縣市執業者

☛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：403612 臺中市西區五權路 1-67 號 5 樓 502 室
電話：04-2376-2662　Mail：tcotu.office@gmail.com
傳真：04-2376-6374　Line ID：22608277