****

**臺灣表達-創造性藝術治療學會個人會員-轉換會籍申請書**

※申請說明：

1. 請詳閱本會章程相關會員資格，如申請專業認證會員，請於申請表中勾選專業認證領域類別。
2. 請於申請書親筆簽名，檢附證明文件影本，EMAIL並郵寄至E-CATA秘書處：[ecatatw@gmail.com](mailto:ecatatw@gmail.com) / 237013新北市三峽區溪東路179號
3. 本表格不敷使用時請自行增加欄位；粗框欄位由秘書處填寫。
4. 申請專業認證會員者須聲明遵守且無違反本會專業倫理守則。
5. 轉換會籍由本會理事所組成之審查小組負責審查辦理，通過審查並取得理事會書審同意後取得臺灣表達-創造性藝術治療學會認證專業會員資格，並頒授四年效期之表創性藝術治療專業認證會員證書。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 | |  | 性　　別 | |  | 生 日 | | 年　 月　 日 |
| 聯絡電話 | |  | E-mail | |  | | | |
| 原會員類別 | | □學生會員  □一般會員  □專業會員 | 會員編號 | |  | | | |
| 申請轉換  會員類別 | | □學生會員  □一般會員  □專業會員- □藝術治療  □音樂治療  □舞蹈/動作治療  □戲劇治療  □表達性藝術治療 | | | | | | |
| 戶籍地址 | |  | | | | | | |
| 聯絡地址 | |  | | | | | | |
| 服務機關 | |  | | | 職　　稱 | |  | |
| 學　　歷 | | (請檢附證明文件) | | | | | | |
| 相關經歷 | | (請檢附證明文件) | | | | | | |
| 相關專業  學分訓練  及 證 照 | | (請檢附證明文件) | | | | | | |
| 申請專業認證會員-  證明文件  檢核表 | | □研究所畢業證書  □修習課程之學分或時數證明  □實習時數證明  □藝術治療實習內容  □畢業後一年以上心理健康實務工作經驗證明及內容  □受督導時數紀錄表及督導資歷表  □其他，請說明： | | | | | | |
| **專業工作說明** | | | | | | | | |
| 工作場域 | |  | | | | | | |
| 工作對象 | |  | | | | | | |
| 工作取向 | |  | | | | | | |
| 工作專長 | |  | | | | | | |
| **專業認證會員遵守專業倫理守則聲明** | | | | | | | | |
| 本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_於擔任表創性藝術治療師從事實務工作期間，謹守臺灣表達-創造性藝術治療學會所訂定之專業倫理守則，過去、現在與未來，並無違反專業倫理守則中所規定之事項，特以此聲明為憑。 | | | | | | | | |
| 秘書處  收件日期 |  | | 審查結果 | □通過  □不通過，**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| 審查人  (兩名) |  | | 審查日期 |  | | | | 審查日期 |
|  |  |

**申 請 人簽章： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**申請日期:　　　年　　月　　日