



臺北市身障桌球協會

入會申請表

姓名：_____ 性別：_____

生日：_____年_____月_____日 編號：_____

戶籍地址：_____ 身分證編號：_____

通訊地址：_____ 入會日期：_____年_____月_____日

電話（住）：_____（公）：_____（手機）：_____

E-MAIL：_____ 職業：_____ 學歷：_____

請貼
相片

傷殘類別	傷殘部位	傷殘程度	其他
<input type="checkbox"/> 義肢	<input type="checkbox"/> 左手	<input type="checkbox"/> 輕度	持拍手 <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手
<input type="checkbox"/> 脊髓損傷	<input type="checkbox"/> 右手	<input type="checkbox"/> 中度	持拍法 <input type="checkbox"/> 直拍 <input type="checkbox"/> 橫拍
<input type="checkbox"/> 痙攣	<input type="checkbox"/> 左腳	<input type="checkbox"/> 重度	球齡 _____ 年
<input type="checkbox"/> 小兒麻痺	<input type="checkbox"/> 右腳		最近鑑定時間 _____ 年 _____ 月
<input type="checkbox"/> 其他 _____			體位鑑定級數 _____ 級