

臺北市翻譯業職業工會入會申請書

| | | | | | | |
|---|-------------|----------|-----------|-----------|--------------------------------|------------------------|
| 另貼 附照片 一張 | 會員姓名 | | 入會日期 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 勞健保會員 | |
| | 出生年月日 | 民國 年 月 日 | 加保日期 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 專才會員 | |
| | 身分證 統一編號 | | 停保日期 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 團保會員 | |
| | 籍貫或 出生地 | 省 市 縣 市 | 復保日期 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 會員 | |
| 會員證號： | 服務單位 | | 備 註 | | | |
| 戶 籍 地 址 | 縣 市 | 區 鎮 鄉 市 | 里 村 鄰 | 路 街 | 段 巷 弄 號 樓 室 | |
| 通 訊 地 址 | 縣 市 | 區 鎮 鄉 市 | 里 村 鄰 | 路 街 | 段 巷 弄 號 樓 室 | |
| 聯 絡 電 話 | (公) | | 傳 真 電 話 | | | |
| | (宅) | | 行 動 電 話 | | | |
| 全民健康保險眷屬轉入申請書(非健保會員免填) | | | | | | |
| NO. | 稱 謂 | 眷 屬 姓 名 | 身 分 證 字 號 | 出 生 年 月 日 | 年 滿 20 歲 註 記 | 健 保 合 於 備 註 加 保 日 期 |
| 1 | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 |
| 2 | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 |
| 3 | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 |
| 4 | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 |
| 5 | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 |
| 切 結 書 | | | | | | |
| 立切結書人_____依法加入臺北市翻譯業職業工會為會員，願遵守一切規章及決議案，並按期繳納會費及勞、健保費。如有逾期二個月未繳勞、健保費情事，本人同意由貴會向勞、健保局申報退保手續。 | | | | | | |
| 此致 臺北市翻譯業職業工會 | | | | | | |
| 申請人： | | | 簽 章 | | | |
| 中 華 民 國 | | | 年 月 日 | | | |
| 理 事 長 | | 總 幹 事 | 會 計 | 經 辦 | 電 腦 | |