

台中市經絡調理從業員職業工會 入會申請書

個人入會申請基本資料						
編號：						
姓名				聯絡電話		
學歷				性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
出生日期	年 月 日	身分證字號	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
戶籍住址						
通訊住址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址					
事業單位名稱			雇主營利事業統一編號(無-免填)			
職稱 (工作內容)			從業日期或年資			
			事業單位電話			
工作地址						
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合		會員證號碼			
入會日期			轉出日期			退會日期
原投保單位			投保金額			
勞健保投保日及金額	入健保	年 月 日 \$	入勞保	年 月 日 \$		
	出健保	年 月 日 \$	出勞保	年 月 日 \$		
身分證正面影本黏貼處			身分證反面影本黏貼處			

資料已據實填具，如經查證確有不實者，願負法律責任。

申請人簽名：

經辦(初審)：

秘書(覆審)：

理事長(提會審查)：

中華民國 年 月 日