

# 新北市美容美髮膚質諮詢檢測人員職業工會

入會申請書 年 月 日

申請人	姓名											出生日期	年	月	日	相片	
	身分證號												配偶姓名				
	通訊地址																
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上															
	工作地址	<input type="checkbox"/> 同上															
	E-mail											電話					
	Line											手機					
附加眷屬	稱謂:	姓名:	身分證字號:										出生日期:	年	月	日	
	稱謂:	姓名:	身分證字號:										出生日期:	年	月	日	
	稱謂:	姓名:	身分證字號:										出生日期:	年	月	日	
加入工會意外團保(自費福利專案)												<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		推薦入會人:			

緊急聯絡人

姓名	關係	聯絡電話	地址

## 聲明書

- 本人確實於本區域從事相關工作，自願加入為會員，願遵守工會一切有關章程及決議案，並按時繳納會費、勞保費、健保費決無異議。
- 本人確實遵守勞工保險條例、全民健康保險法之規定，嗣後如有違反法令規定情事，因而拒付保險給付或被取消投保資格時，其所生賠償自願負擔有關一切責任。
- 本人同意加入工會為會員並參加勞工保險，其生效日期同意以勞保局核定之日期為準。
- 本人同意若有變更資料應立即書面通知工會，如未通知所造成權益損失由本人自行負責。
- 本人同意欲退會、退保會主動提出，並填寫退會(退保)申請書及繳清所有費用，並由工會依章程及決議辦理。

此致

新北市美容美髮膚質諮詢檢測人員職業工會

立書人：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日



申請人請備下列文件：

<input type="checkbox"/> 身分證影本一份。	<input type="checkbox"/> 照片一吋兩張。	<input type="checkbox"/> 眷屬須附戶口名簿影本。
<input type="checkbox"/> 健保轉出單。	<input type="checkbox"/> 眷屬若為 20 歲以上之學生需附學生證影本	

審核	會務秘書	資料建檔	上傳日期	經辦人	會員編號				