



新 北 市 藥 妝 運 送 服 務 業 職 業 工 會 入 會 申 請 書

依法加入新北市藥妝運送服務業職業工會為會員，並願遵守一切規章及理事會之決議案，如有違背情事願受理理事會決議處分，請准予入會為荷。目前暫收勞保費，其起算日以勞工保險局確認加保完成之日期為準確日。

此致 新北市藥妝運送服務業職業工會鑒核

官方LINE@



入會申請人：_____ 簽章

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 入會 入會介紹人：_____ 簽章

會員編號		身分證字號		經辦人簽核			
姓名		出生年月日		(勞保)			
性別		籍貫出生地		投保等級			
				(健保)			
戶籍地址				電話			
通訊地址				手機			
E-mail							
健 保 眷 屬	稱謂	姓名	身分證字號	性別	出生日期	加保日期	退保日期
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	/ /	/ /	/ /
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	/ /	/ /	/ /
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	/ /	/ /	/ /