臺北市解說員職業工會　入會申請書

申請人 姓名	訊息來源	連絡電話	行動電話
	□網路　□傳單 親友介紹：＿＿＿＿	(O) (H)	

身分證字號	出生年月日	E-mail	投保薪資

戶籍地址	市(縣)　區　里　鄰　街路　段　巷　弄　號　樓
通訊地址	□同上　聯絡地:
備　註	□低收入戶證明　□申請失業補助中　□身心障礙手冊 □住院中　□大傷病卡　□懷孕＿＿個月

……浮貼身分證 正面影本……	……浮貼身分證 背面影本……

入 會 切 結 書

本人目前從事本業解說相關工作，願依工會章程及勞健保條例規定加入　貴會為會員，並按時繳納會費、勞保費、健保費，謹請　准予入會。

附註：一、申請入會，應親自辦理並需經理事會審核通過取得會員資格後，方可辦理加入勞工保險。

【加保日以勞、健保局正式核准日期後方為生效】

二、如帶病入會、入保經勞保審查中途變換職業或出國未辦理退會、退保而發生一切糾紛，概與貴會無關。

三、依據勞保局規定:如有出具虛偽不實之證明帶病加保(嚴禁心臟病.腫瘤.癌症.尿毒.高血壓.甲狀腺.肺結核慢性病等重大疾病)一經查覺立即取消投保資格並賠償一切醫療費用

四、繳費期間為每年1、4、7、10月(季繳)，可至工會繳納或持繳款單劃撥繳費即可。

五、如有逾期繳納而發生任何意外等事情，其後果概由本人自行負責，絕無異議。

六、本人欲申請退會時，願依　貴會規定辦理退會手續及繳納積欠保費及會費。

此　致

臺北市解說員職業工會　　立切結書人：

中　華　民　國　　年　　月　　日

資料登載	理事會	收費內容	檢附資料	受理章戳
		□勞健保 □單勞保 □單健保□僅會費 眷屬人數：本人 + ＿＿眷 投保薪資： 繳費期間：　～	□身分證影本1份。 □照片1張。 □戶口名簿影本。 □低收入戶證明。 □身心障礙手冊。	

會　址：臺北市文山區景華街47號(捷運新店線-景美站2號出口直走至景華街22巷左轉到底右轉)
電　話：2932-5187　FAX：2932-9697