

台北市護士職業工會入會申請書

編號：L_____

姓名	身份證統一編號										
生日	年	月	日	投保薪資							
工作內容				工作地址							
會員電話	住家：	辦公室：			手機：						
戶籍地址											
繳費單	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []										
寄送地址											
E-mail								懷孕： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	領有殘障手冊 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
連絡人	親友姓名：			電話：			關係：				
聲 明 書											
<p>本人確實從事護佐、護理佐、照護、護理、清潔既周邊相關服務人員等工作之勞工，自願加入貴會為會員並參加勞工保險，其生效日期以勞保局核定之日期為準。願遵守貴會一切規章暨勞工保險條例等規定且按時繳納勞保費及會費，嗣後如經相關單位清查有違反法規之情事，因而被拒絕勞保給付或取消投保資格，致發生訴訟事件時，同意以台北地方法院為維一管轄權，並願負擔一切相關賠償責任，特此聲明。</p> <p>※願意配合勞、健保局等單位，提供相關證明。</p> <p>※本人同意所提供個人資料限工會辦理勞、健保暨工會會務使用。</p> <p>※若地址、電話變動時，務請通知工會更改，以免未收到相關資料有損自身權益。</p>											
此致											
台北市護士職業工會											
立書人：_____（簽名）											
中 華 民 國 _____年_____月_____日											
加保日			生效日			理事會審核			備註		

◎本人請注意加保當日須未住院、未出國且確實從事本業。

◎如有眷屬依附健保，需附身份證或戶口名簿影本。

◎加保請於上班時間早上 8:30-12:00 下午 13:00-15:00 前辦理。

ATM 轉帳→台灣銀行代號：004，工會帳號：91610+本人身份證英文代碼+數字後九碼

◎英文代碼對照表如下：

(共 16 碼)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

會址：(10041)台北市忠孝西路一段 50 號 13 樓之 41

洽詢電話：(02)2370-9965 傳真：(02)2370-0598

網址：<http://23709965.org.tw> 電子信箱：bs99.org@msa.hinet.net