

台北市護士職業工會入會申請書

編號：L_____

姓名				身份證字號				生日	年	月	日	
職登狀況	<input type="checkbox"/> 勞/ <input type="checkbox"/> 健保薪資(26,400)			職災加保 (已請領老年給付者適用)		工作內容:						
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 其它:			<input type="checkbox"/> 參加 <input type="checkbox"/> 不參加		Email:						
會員電話	(H):	(O):		分機: _____		手機:						
戶籍地址	□□□□□											
繳費單 寄送地址	□□□□□											
補助身份: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有補助				<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重度		(女性)懷孕: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 月						
連絡人	親友姓名:			電話:			關係:					
聲 明 書												
<p>一、本人確實長期在國內從事護理、護佐、護理佐、照護、清潔暨周邊相關服務人員等工作，生效日期以繳費日完成申報；勞/健保局核定日期為準。</p> <p>二、願遵守貴會一切規章暨勞工保險條例等規範，且按時繳納勞/健保费、會費，同享社會福祉，嗣後如經相關單位清查有違反本會、相關單位、法規、聲明之情事，因而被拒絕勞保給付或取消投保資格，致發生訴訟事件時，同意以工會所屬區域台北地方法院為唯一管轄權，並願負擔一切相關賠償責任。</p> <p>三、入會時身心健康，確有從事本業工作。</p> <p>四、同意所提供個人資料限工會辦理勞/健保暨會務使用。</p> <p>五、因故重覆加保或不從事本業時，需速辦理退保手續，如未理會致使增加保費及滯納金得由會員本人自負全責。</p> <p>六、願意配合勞/健保局、工會等單位，提供相關證明。</p> <p>七、若地址、電話變動時，務必請通知工會更改，以免未收到相關資料有損自身權益。</p> <p style="text-align: center;">※※上述聲明本人均已詳閱※※</p> <p>此致 台北市護士職業工會</p>												
立書人：_____ (簽名) 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日												

◎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→臺灣銀行代號：004，帳號：91610+英文代碼+身份證數字九碼

◎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

*各項福利、權益辦法請參考本會官網



加入工會 LINE@



112/06/13