

# 新 北 市 保 險 經 紀 職 業 工 會

## 入 會 申 請 書

相  
片  
欄

申 請 人	姓 名											出生日期	年	月	日		
	身分證號												配偶姓名				
	通訊地址											電話					
	戶籍地址											電話					
	E-MAIL	1.											手 機				
		2.															
相關資歷											工作內容						

切結書 申請人保證如下：

- 一、申請人身體健康狀況良好，確有工作能力，如有帶病投保經勞保局查覺則其一切損失，由申請人自行負責。
- 二、申請人如有積欠會費及其它費用未繳時，由工會責其退會、退保，絕無異議。
- 三、申請人確係從事保險經紀等及相關工作之職業勞工(備有登錄證或保險從業相關文件者)

申請人簽章\_\_\_\_\_

申請人請具下列文件：

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 身分證正本及影本一份。 | <input type="checkbox"/> 保險相關證照影本       |
| <input type="checkbox"/> 照片一吋兩張。     | <input type="checkbox"/> 健保轉出單。(福利會員免)。 |

(眷屬附加健保者請備足資料證明親屬關係之相關證件影本)

(以下申請人勿填)

申請人確係從事保險經紀等及相關工作之職業勞工，如有不實願負全責。(由工會責其退會、退保) 申請人如有不遵守工會規定時，推薦人應負責規勸及督促其依規定行事。(推薦人不得與申請人同戶籍)

	推薦人簽章		推薦人員號碼						
--	-------	--	--------	--	--	--	--	--	--

證件浮貼

審核	建檔	生效日期	會員編號						

中 華 民 國                      年                      月                      日