

台北市藝文創作人員職業工會 加保申請書

會員編號：

姓名_____身分證字號_____ 出生年月日_____

地址：_____

電話：_____ 傳真：_____ 手機：_____

e-mail：_____

欲自民國_____年_____月_____日起辦理復會，並按規定加入 勞保 健保

投保薪資為 勞_____ 健_____ 並繳納費用。

本人確實從事藝文相關工作_____，若勞保局抽查，將可提供二份以上相關工作證明

此致

台北市藝文創作人員職業工會

會員簽章：

中華民國 年 月 日

* 如有眷屬加保，請註明其姓名、身分證字號及出生年月日，身分證影本正反面或戶口名簿影本、子女年滿 20 歲者請提供學生證，

眷屬姓名_____關係_____身分證字號_____ 出生年月日_____

眷屬姓名_____關係_____身分證字號_____ 出生年月日_____

眷屬姓名_____關係_____身分證字號_____ 出生年月日_____

眷屬姓名_____關係_____身分證字號_____ 出生年月日_____

* 請先與我們連絡，確認會員應繳費用，並將匯款收據傳真至工會核對

台北市萬華區萬大路 254 號 信箱: tp.creator88@gmail.com

電話：02-2307-3089 傳真：02-2307-3081