

新北市玩具業職業工會會員入會申請書				會員 證號	
姓名		性別		出生 日期	
身份 證號		電話			
戶籍 地址	投保薪資：				
通訊 地址					
服務 商店		審 查 意 見			
<p>茲 遵 照</p> <p>貴會宗旨、章程，自願加入為會員，凡 貴會中一切規章及決議案，願誠謹遵守， 請准許入會為核。</p> <p>此 致</p> <p>新北市玩具業職業工會</p> <p style="text-align: center;">申請人：</p> <p style="text-align: right;">簽名蓋章</p> <p style="text-align: center;">中華民國 年 月 日</p>					

請說明回答下列問題並於□中勾選

- | | 是 | 否 |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 · 被保險人目前是否因病住院或臥病在床中 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 · 被保險人目前人是否在國內 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 · 被保險人是否因案經法院判決確定入獄服刑者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 · 被保險人本身是否為事業單位之負責人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 · 被保險人目前是否已懷孕 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a · 目前懷孕週數為_____週。 | | |
| b · 加入本會前之前一單位加退保『時間』為何？_____ | | |
| 6 · 被保險人目前是否領有殘障手冊 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

殘障手冊等級為

- | | |
|----------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 輕度殘障 | 殘障類別_____ |
| <input type="checkbox"/> 中度殘障 | 殘障類別_____ |
| <input type="checkbox"/> （極）重度殘障 | 殘障類別_____ |

上述事項皆為屬實，如有不實，本人願付一切法律責任。

立說明書人：

民國 年 月 日