

# 新北市醫類從業人員職業工會會員入會資料登記表

姓名		生日		身份證號		性別	
永久地址							
通訊地址							
會籍編號	號			最高學歷			
連絡電話							
入會日期			退會日期			介紹人	
勞保生效日	/ /		勞保退保日			投保薪資	
健保生效日	/ /		健保退保日			投保薪資	
E-MAIL							

收費管理辦法暨切結書

本人 申請入會，並辦理勞工保險暨全民健康保險，並遵守下列貴會收繳勞工保險費及全民健康保險費管理辦法以免影響會務。

本人已詳閱並了解繳費方式，本人有義務注意繳費時間，如有逾期保費未繳，或不可抗拒之原因未聯絡貴會，請貴會逕自退保勞工保險及全民健康保險，如衍生滯納金或保險事故本人願放棄先訴抗辯權。

申請人入會從業切結書

立書人 君現身體健康、未罹患任何慢性疾病、且實際從事 工作取得薪資，今申請加入貴會為會員，並辦理勞工保險及全民健康保險，在未核准生效前，如發生身體疾病或傷害事故時，概由立書人自行負責，與貴會無關，並放棄先訴抗辯權。

此致

新北市醫類從業人員職業工會

本人簽章：

通過：
 重審查：
 資格不符：
 簽章：
 資格不符原因：

中華民國      年      月      日