

會員姓名 氏 名			身分證字號 居留証番号								1 吋照片	
出生年月 生年月日	年	月	日	入會日期 入會時間	年 月							
聯絡電話 電話番号	日間 日間	()			夜間 夜	()						
	手機 携帶番号				傳真 ファクス	()						
戶籍地址 戶籍地址	縣(市)		市(區)(鄉)(鎮)			里			鄰			
	路(街)		段			巷			弄 號 樓			
通訊地址 地 址	縣(市)		市(區)(鄉)(鎮)			里			鄰			
	路(街)		段			巷			弄 號 樓			
E-MAIL メール												
服務單位 会社名	1. 授課科目:											
	2. 授課科目:											
投保薪資 保 險 料	勞保: 元		健保: 元		加保生效日 保險の加入日		年 月 日					
附 加 眷屬健保	欲加保子女需未滿 20 歲，若超過 20 歲需具學生身分並附學生證影本(如不需加眷屬健保請勿填寫) 追加加入のお子さんは 20 歳未滿の方とし、もし 20 歳を超えた場合、学生の身分を有し、また学生証の謄本を添付することが必要とする。(配偶者への追加健康保険に加入しない場合、記入しないでください)											
眷屬姓名 家族名前	身分證字號 居留証番号		出生日期 生年月日			關 係 關 係			備 註			
			年 月 日									
			年 月 日									
			年 月 日									
			年 月 日									
			年 月 日									
身分證正面浮貼 (辦理勞、健保專用)						身分證背面浮貼 (辦理勞、健保專用)						

念 書

本念書の誓約者は_____一定の雇用主に属しないまたは自営者ではないで進学塾に勤める教員で、本会に会員として入会志望で、また本会の規程に遵守し、それに労働保険に加入することを本会に委託し、健康保険（配偶者を含む）は、追加加入の際に疾病持ちで保険に加入しあるいは、労働保険における補償給付の詐欺などの行為なしを前提とし、もし労働保険条例の規定に違反する場合、保険補償給付の拒否や追加加入の資格の喪失となり、本人はすべての責任を負担するものとし、組合とは一切関係ない。もし保険料金のお支払いを遅延する場合、その健康保険の滞納金を自ら負担するとし、絶対に異議を述べるできない。ここより声明いたします。

台北県進学塾教員職業組合殿

誓約者:

年

月

日
