

# 台北市直銷人員職業工會

## 加保申請書

日期： 年 月 日

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生	民國	年	月	日	加保日期	/ /
會員編號		身分證號							審核結果	
加保項目	<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 職災保險 <input type="checkbox"/> 團保									
此致  台北市直銷人員職業工會  <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>申請人：</span> <span>(簽章)</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>代辦人：</span> <span>(簽章)</span> </div>										

經辦
秘書
總幹事
理事長

※申請書請回傳至:(02)2563-4392並電話確認 (02)2567-3302  
 ※正本寄回:104 台北市中山區民生東路1段54號11樓