

# 台北市保險代理職業工會

## 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									
<p>此致</p> <p style="text-align: center;">台北市保險代理職業工會</p> <p style="text-align: right;">申請人： (簽章)</p> <p style="text-align: right;">代辦人： (簽章)</p>										

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)2571-9188

※正本寄回:104 台北市中山區民生東路1段54號11樓