大台南勞動力援助人員職業工會入會申請書

姓名		性別		身分證號碼		手機：
電　話		出生年月日	年　月　日	從事行業		
連絡地址	縣市　鄉鎮區　村里　路街　段　巷　弄　號　F					
戶籍地址	縣市　鄉鎮區　村里　鄰　路街　段　巷　弄　號					

申　請　書

敝入會人贊同　貴會宗旨，情願加入為會員並同時辦理勞保，且絕對遵照　貴會章程及勞工保險相關條例。凡　貴會之一切規章及決議案，敝人願意誠謹遵守履行，並按時繳納各種費用及其他一切依法應盡之義務，如逾期二個月以上未繳納任一應繳費用或敝人所填，及檢送之資料有不實者，除願負責勞工保險條例法外，即由　貴會自動辦理撤籍停保，一切損失全由本人負責，絕無異議。

此　致

大台南勞動力援助人員職業工會

申請人：

中　華　民　國　年　月　日

切　結　書

茲同意立下切結書，切結如下列：

一、確實從事　　　　業方面的工作，並為無一定雇主或未雇用他人者，若用不正當手段或虛偽之證明、報告、陳述、欺騙工會之情事，一經查明，除經工會不逕通知退保外，願承擔任何損害賠償。

二、若離開本業，或資格已不符工會章程之規定者，應立即通知工會，辦理退保。或提出本業證明請求續保，若有違反，導致勞工保險職業災害給付及各項相關給付無法申請，一切損失全由本人負責，概與 貴工會無關，絕無異議。

三、以上切結係依據自由心願簽署，未涉及他人，特立此證明。

此　致

大台南勞動力援助人員職業工會

立切結書人：

中　華　民　國　年　月　日

附註	※入會手續本人委託由　　　　代為向貴工會辦理，入會期間（即參加勞工保險期間）為民國　年　月　日起至民國　年　月　日止，前項日期截止時，請貴工會自動辦理本人之一切退保.退會相關事宜，若因此有任何損害或損失，全由本人自行負責，絕無異議。