

臺中市家庭教學服務人員職業工會 入會申請書

姓 名		會員編號					
出生日期	年 月 日	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>				
身分證	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					介紹人	無 <input type="checkbox"/> 、有 <input type="checkbox"/> 會員姓名：
電 話	()	手 機	*務必填寫以利簡訊通知				
電 話	()	傳 真					
學 歷	校名科系：						
工作項目	家教 <input type="checkbox"/> 兒童類 <input type="checkbox"/> 語文類 <input type="checkbox"/> 數理類 <input type="checkbox"/> 資訊類 <input type="checkbox"/> 休閒類 <input type="checkbox"/> 其他類 <input type="checkbox"/> ◎說明：		照片 (1 或 2 吋照片一張)				
電子信箱							
通訊地址	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 縣 鄉鎮 村里 巷 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 市 市區 路街 段 弄 號 樓 室 </div>						
永久地址 (戶籍地)	<input type="checkbox"/> 同上 郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 縣 鄉鎮 村里 巷 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> 市 市區 路街 段 弄 號 樓 室 </div>						
繳費方式	☆初入會應臨櫃繳交第一次(當月或當期)相關費用(含入會費、經常會費、勞健保費) <input type="checkbox"/> 月繳 <input type="checkbox"/> 期繳 (4 個月) <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 年繳						

加保項目：勞保（請附身份證影本） 健保（眷屬加保請附戶口名簿影本）

勞保投保金額		勞保加保日	年 月 日	
健保投保金額 (負責人身份不得加保)		健保加保日	年 月 日	
健保眷屬加保	姓名	身份證字號	生日	加保日期
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日

入會加保切結書

立切結書人 確實於台中市轄區從事家庭教學相關工作之無一定雇主勞工，並以無一定雇主之工會會員資格，由貴會為投保單位加入勞工保險及全民健康保險，並遵照貴會各項規定按期繳納會費及勞保費、健保費。如逾期不繳納者，其產生之滯納金由本人自行負擔。若發生積欠各款項達二個月以上之情事時，本人願意由貴會依照章程第 30 條之規定辦理停權、退保等手續。其他若有隱瞞事實致使發生勞保局拒付勞工保險各項給付者，一切後果由本人負責，恐口無憑特立此切結書為證。

本人已將上述權益確實審閱及切結

會員親簽：

身分證字號：

中 華 民 國 年 月 日

※ 新會員入會請攜帶入會申請書、身份證影本、工作證明 2 份，本人親至本會會址辦理，並繳納第一次相關費用。

工 作 證 明 書

工 會 名 稱	臺中市家庭教學服務人員職業工會
受 聘 者 姓 名	
工 作 內 容	<input type="checkbox"/> 兒童類 <input type="checkbox"/> 語文類 <input type="checkbox"/> 數理類 <input type="checkbox"/> 資訊類 <input type="checkbox"/> 休閒類 <input type="checkbox"/> 其他類 家庭教學 ◎說明：
工 作 地 點	(請填寫教學地址，限台中市轄區)
聘 用 期 間	年 月 日 起 至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 迄今
證 明 人 簽 名	證明人： 地址： 聯絡電話：
備 註	工作報酬： <input type="checkbox"/> 每小時 元 <input type="checkbox"/> 每次 元 其他：