

# 台北市理燙髮美容業職業工會

編號: \_\_\_\_\_

姓名		性別		出生	年	月	日	相片二張
出生地	省市	縣市	身分證號碼					
戶籍	縣市		鄉市	村	鄰			
地址	市		鎮區	里				
入會日期	年	月	日	勞保生效日期	年	月	日	原證號碼
服務處所	美容院 理髮廳	服務地址	區 路 街 段 巷 弄 號 樓					
	<input type="checkbox"/> 理 <input type="checkbox"/> 燙 <input type="checkbox"/> 美	電話	公 宅 手 機					
入 會 申 請 書			申 應 請 注 入 意 會 事 者 項	1.有一定僱主不得參加工會勞工保險。 2.非從事理燙髮美容業者不得參加工會加保。(如有不實之情事，保證人應負法律責任) 3.申請入會者需經理事會審查其資格合格並申報勞工保險局核准後始有效。 4.不合格者先繳之款項如數退還。				備 註
敬啟者今遵 貴會章程情願加入貴會為會員，凡會中一切章程以及根據章程所定之規則，情願誠謹遵守，即希早日許可入會是為至荷！ 申請人 簽 章				初 核	審 委 審 查 員 核			

出會日期： 年 月 日

會 址：台北市南京東路一段九六號十樓

電話：二五六五一七七〇(代表號)

## 切 結 書

申請人 確實有從事理燙髮美容業流動性工作，亦為無一定僱主，請准予申請加入勞工保險，茲當遵守 貴會章程及按期繳納勞保費、會費等，如有發現虛報或帶病加保（即如尿毒、肺結核、癌症慢性病等症）被勞保局查核，以致被取消被保險人資格及所應享勞保權益損失時，與貴會無干。如有積欠醫藥費未還，本申請人與介紹人願負連帶保證清償責任，恐口無憑特立此切結書存會為憑。

此 致

臺北市理燙髮美容業職業工會

立切結書人  
(即申請人)

中華民國 年 月 日  
 住 址： 電話：  
 身分證號碼： 介紹人： 連帶保證人：  
 住 址： 電話： 身分證號碼：

蓋簽章名



蓋簽章名



中華民國 年 月 日