

# 台中直轄市才藝教學服務人員職業工會

## 退 會 申 請 書

退保日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

會員證號碼：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：女/男 身分證字號：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

出生日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

戶籍地址：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_

退保項目：勞保 健保 眷屬健保

原因：轉業 退會 改變依附對象 其他\_\_\_\_\_

退款資料（請浮貼本人存簿封面影本）

個人  
印章

申請人簽章：\_\_\_\_\_

此致 台中直轄市才藝教學服務人員職業工會

退保眷屬

眷屬姓名	稱謂	身分證字號	出生年月日

工會 Email：b0422300638\_16@yahoo.com.tw

工會地址：40463 台中市北區進化路 575 號 10 樓之 2

電話：04-22300638 傳真：04-22300655

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日