

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