

雲林縣理燙髮美容職業工會

會員辦理退保聲明書

本人(聲明人) _____ 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日

自願辦理 勞保退保 健保轉出 勞保職災退保 退出會員

退保後如發生一切權益，本人當自行負責，空口無憑，特此聲明。

(實際退保日期以本會收到此聲明書的日期為準)

聲 明 人： _____ (簽章)

身分證字號： _____

生 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

地 址： _____

連 絡 電 話： _____

代 理 人： _____ (簽章)

身分證字號： _____

生 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

地 址： _____

連 絡 電 話： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日