

台北市商品包膜人員職業工會  
**退會退保申請書**

茲本人 於 年 月 日（退保日期不可追溯），  
轉業申請退會，委請台北市商品包膜人員職業工會代為辦理勞保，健保退保手續，特立  
此書。

此致

台北市商品包膜人員職業工會

申請人	(簽章)
會員編號	身分證字號
代理人	身分證字號
關係	聯絡電話

附注：如需退費請同時傳真本人存簿帳號正面。

★若以傳真申請退保請回傳此退會退保申請書詳填以上資料並傳真至(02-2832-2421)  
，傳真完畢請來電(02-2835-8911)確認，並將此退會退保申請書正本，郵寄至本會  
(111 台北市士林區文林路 764 號 3 樓)，以完成退會退保動作。

中 華 民 國 年 月 日