

職業工會 函

地址：
電話：
承辦人：

受文者：勞動部勞工保險局

發文日期：

發文字號：

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：本會有意願辦理《勞工職業災害保險及保護法第十條規定參加保險辦法》第4條所定加保申報事宜，請查照。

說明：

- 一、依《勞工職業災害保險及保護法第十條規定參加保險辦法》第4條規定辦理。
- 二、本會保險證號：
- 三、本會統一編號：
- 四、請於貴局全球資訊網公布本會下列聯絡資訊：
 - (一)地址：
 - (二)連絡電話：

正本：勞動部勞工保險局

副本：本會