

## 明道大學勞(健)保 退保 申請書

姓 名		出生日期	年 月 日	聯絡電話	辦 公 室	
					行 動 電 話	
身分證統一編號或 外籍人士統一證號		聘用單位		備 註	(如有延遲退保，請填寫實際工作之最後1日)	
退保原因	<input type="checkbox"/> 聘僱期限屆滿 <input type="checkbox"/> 聘僱期間提前離職 <input type="checkbox"/> 其他 _____			退保日期	年 月 日	(依規定為工作支薪之最後1日)
說 明	各單位、各研究計畫主持人所聘用之人員，如有聘僱期間中途離職、或聘僱期限屆滿不再辦理續聘者，務請負責通知被保險人，離職前（最遲於離職前一日）應按照規定至人力資源室辦理退保手續。					

本人擬自上開退保日期退保，請 惠予辦理有關手續為荷。  
此致 人力資源室

(被保險人) 本人 簽章：\_\_\_\_\_

授課教師/用人單位 簽章：\_\_\_\_\_

單位主管 簽章：\_\_\_\_\_

申請人填寫完後請將本表先送至教學資源中心。