**人員報到應繳表件**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **單位：** | | **姓名：** | | |  |  | | | |
| **序號** | **表件名稱** | | **份數** | **說明**  **（請先詳閱資料說明以利填報並以A4規格影印）** | | | **繳交狀況** | | |
| **已繳** | **無資料** | **查核人** |
| 1 | 新進人員履歷表 | | 1 | 請詳實填表基本資料 | | |  |  |  |
| 2 | (1)身分證正、反面影本 | | 1 | 本國人士 | | |  |  |  |
| (2)護照影本 | | 1 | 外籍人士  (護照影本須含最近一次之出入境資料) | | |  |  |  |
| (3)居留證影本 | | 1 |  |  |  |
| 3 | 華泰銀行開戶存褶影本 | | 1 | 入薪資用 | | |  |  |  |
| 4 | 員工及眷屬參加健保調查表 | | 1 |  | | |  |  |  |
| 5 | 僱用規章及員工守則 | | 1 | 員工應詳閱員工守則並遵守公司規定 | | |  |  |  |
| 6 | 餐飲從業人員體格檢查表正本。 | | 1 |  | | |  |  |  |
| 備註 | 一、以上資料須在報到7日內繳回。 | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 新東王烘焙坊新進人員履歷表填表說明  一、必須貼上相片。  二、「姓名」欄、「身分證號或居留證號」欄、「出生年月日」欄、「出生地」欄應與戶籍登記相符，如有更正應蓋校正章或本人私章。  三、「性別」欄、「婚姻」欄，請在空格內劃「🗸」表示；「婚姻」欄之「已婚」包括配偶陷大陸、分居，仳離、歿等。  四、「通訊處」欄，應就「戶籍地」欄、與「現住地」欄均予以填寫。如有異動請儘速通知更正。 |
| 【服裝規定】  1. 營運部女生：著平底皮鞋或休閒鞋，勿著垂式耳環、項鍊、戒指等配飾，長髮須紮盤起來。  2.中央廚房：勿穿著短褲、拖鞋，頭髮、鬍子、指甲依公司規定修剪。  【其他注意事項 】  1. 本公司於員工到職日當天即辦理投保勞、健保手續，報到時請於前服務之公司辦理退保手續，若因未辦理退保 而造成重覆加保者，由員工自行負責。  2. 新進人員通知錄取並體檢後，若因體檢項目檢查未合乎食品從業人員標準者，本公司亦取消錄取。  3. 新進人員未按規定期限繳齊人事資料者，因無法確認投保資料、稅籍資料之正確性，薪資凍結至資料交齊為止。 |

人員履歷表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 國籍 | □本國（出生地：）  □外國（國籍：） | | | | 請粘貼最近二寸半身脫帽光面照片一張，照片背面書寫姓名。 |
| 英文姓名  (需與護照相同) | |  | | 身分別 | □一般 □原住民身分 ： 族  □身心障礙人士 度 | | | |
| 身分證字號或居留證號 | |  | | 出生日期 | 民國年月日  年齡：歲 | | | |
| 性別 | | □男□女 | | 婚姻 | □未婚□已婚 | | | |
| E-MAIL | |  | | | | | | |
| 戶籍地址  (請詳填鄰里) | | □□□-□□ | | | | | | 戶籍  電話 |  |
| 通訊地址 | | □□□-□□ □同戶籍地址 | | | | | | 通訊  電話 |  |
| 人事室  登錄 | 服務單位 | | 到職日期 | | | 薪資  (依簽呈規定辦理) | 保險/其他 | | |
| □內場人員  □外場服務員  □兼職人員  □外送人員 | | 年月日 | | |  | 勞保： / / 辦理加保  團保： / / 辦理加保  健保： / / 辦理加保  眷屬：人  勞退新制：□雇主提繳□個人 %  □雇主不提繳 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 身分證正面影本 | 身分證反面影本 |
|  |  |
| 華泰銀行存褶影本 帳號: | |
| 浮貼存摺影本正面 | |

附註：請附全民健保轉出單，以利申報。

|  |
| --- |
|  |
|  |

新東王烘焙坊員工及眷屬參加健保調查表

(僅本人在本公司加保則無需繳交)

單位： 填表人簽章： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保險人資料 | 姓名 | 身分證統一編號 | | | | | | | | | | 出生日期 | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 眷屬資料 | 眷屬稱謂 | | | | | | | | | 姓名 | 身分證字號 或居留證號 | | | | | | | | | | 出生日期 | | | 參加健保打√ | 不參加健保打√ | (請填代號) 不參加原因 | 有無健保卡 | 承辦人 填寫 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 配偶 | 父母 | 子女 | 祖父母 | 孫子女 | 外祖父母 | 外孫子女 | 曾祖父母 | 外曾祖父母 |
| 年 | 月 | 日 | 加、退保 生效日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |