學習型兼任助理團保投保名冊

計畫主持人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 學號 | 被保人 | 計畫編號 | 投保起始日 | 保期 |
| 1 |  |  |  | 106年10月1日 | □1個月 □6個月 □12個月 |
| 2 |  |  |  | 106年10月1日 |  |
| 3 |  |  |  | 106年10月1日 |  |
| 4 |  |  |  | 106年10月1日 |  |
| 5 |  |  |  | 106年10月1日 |  |
| 6 |  |  |  | 106年10月1日 |  |
| 7 |  |  |  | 106年10月1日 |  |
| 8 |  |  |  | 106年10月1日 |  |
| 9 |  |  |  | 106年10月1日 |  |
| 10 |  |  |  | 106年10月1日 |  |

※1.表格不敷使用時請自行增加。

2.敬請於**106年9月27日(三)以前**，送系(所)統一辦理加保。