

Department of Labor and  
Industries  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291



## 僱員之工會會員調派記錄 資訊披露同意書

致有關人員：

特此授權您向勞工與工商保險服務部提供本人的工會會員調派記錄副本。

我明白，勞工與工商保險服務部將用此資訊對本人的職業病相關福利索償進行評估。

本人同意，此項授權將保持有效，直至此索償結束為止；除非本人致函勞工與工商保險服務部，要求撤銷此項授權。

您可將此表格的影印件視為其正本。

---

僱員或其代表之簽名

---

日期

---

社會安全號碼

---

出生日期

請將此表格交還給：

Department of Labor and Industries  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

如果您請本部獲取您的工會會員調派記錄，請在您提交此資訊披露同意書的同時提供以下資訊：

您為其工作之華盛頓州境內或境外工會本部的名稱和地址。

工會本部名稱		
地方		
地址		
城市	州	郵遞區號

工會本部名稱		
地方		
地址		
城市	州	郵遞區號

工會本部名稱		
地方		
地址		
城市	州	郵遞區號

工會本部名稱		
--------	--	--

地方		
地址		
城市	州	郵遞區號