

中華民國保險經營學會 團體會員入會申請書

No :

團體名稱					地址					電話			統一編號			
負責人	姓名	職稱	會員代表	姓名	性別	出生年月日	出生地	學歷	經歷	職稱	手機	E - Mail				
成立日期		員工人數		證照字號		發照機關		業務項目				備註				
審查結果				會員類別								會員證號碼				
<p>申請團體： 負責人： (簽章)</p>																
中 華 民 國 年 月 日																

(填妥後請寄送至：10488 台北市復興北路 62 號 4 樓之 1 秘書處收 或 E-mail：insop@insop.org.tw)