

中華民國保險經營學會 個人會員入會申請書

No :

姓 名		性 別		出 生	年 月 日	出 生 地		身 分 證 統 一 編 號	
學 歷					經 歷				現 職
戶 籍 地 址	□□□□	縣	(鄉、鎮)	里	鄰	路 段	巷	弄	號 樓之
		市	區			街			
電 話				手 機		E - Mail			
審 查 結 果					會 員 類 別				會 員 證 號 碼
						申 請 人 :	(簽 章)		
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)