台北市保險代理職業工會

加保申請書

日期：　年　月　日

姓名		性別	□男　□女	出生	民國　年　月　日	加保日期	/　/
會員編號		身分證號		審核結果			
加保項目	□勞保 ____	□健保 ____	□職災保險 ____	□團保 ____			

此致

台北市保險代理職業工會

申請人：　　　　　　　（簽章）

代辦人：　　　　　　　（簽章）

經辦　　　　秘書　　　　總幹事　　　　理事長

※申請書請回傳至:(02)2563-4392並電話確認 (02)2571-9188

※正本寄回:104 台北市中山區民生東路1段54號2樓之2