|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4  河北省保险机构执业证书注销申请用表  机构名称（印章）： 日期： 年 月 日 | | | | |
| **序数** | **姓名** | **身份证号** | **公司系统操作注销日期** | **查询/注销原因** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |

联系人： 联系电话：

**备注**：本申请表仅用于保险机构对营销员执业信息录入错误，需省保协进行协助删除错误信息时使用。