更换代办员申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称： |  |
| **我单位同意自 （年/月）起，由 为本单位职工保险互助会代办员。** |
| 原代办员姓名： |  | 电话： |  |
| 新代办员姓名： |  | 电话： |  |
|   工会主席签字：申请时间：  （申请单位盖章） |