**附件3：**

**二级代发机构申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位名称 |  （盖章） |
| 申请单位负责人 |   |
| 申请单位联系人 | 姓名：电话：电子邮件： |
| 备注 |  |

注：此表请邮寄至长沙市天心区先锋街道中意二路111号中信城市广场7栋804唐亚顺18932407649