**新乡县代理记账机构执业许可申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理记账机构名称 |  | 组织形式 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 成立日期 |  |
| 注册资本（万元） |  | 企业类型 |  |
| 机构股东/合伙人  数量 |  | 机构专职从业人员  数量 |  |
| 机构负责人姓名 |  | 机构负责人联系电话 |  |
| 机构联系人姓名 |  | 机构联系人电话 |  |
| 传真号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 机构地址 |  | 邮政编码 |  |
| 主管代理记账业务负责人信息 | | | |
| 姓名 | 身份证号码 | 会计专业技术资格 | 从事会计工作年限 |
|  |  |  |  |
| 代理记账业务  内部规范 |  | | |
| 证书领取方式 | □邮寄领取  邮寄地址：  □窗口领取  领取地址：新乡县财政局财政监督和会计管理股 | | |