|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Licensing and RegulationPO Box 3724Seattle, WA 98124-3724전화번호: 360-664-1600 팩스: 360-664-4054[www.lcb.wa.gov](http://www.lcb.wa.gov) | **사무실에서만 사용** |
| 날짜:  |
| 수표 번호: |
| 수령액: |
| 수령인: |
|  |  |

**Application for Renewal of Agent’s License**

**대리인 면허 갱신 신청**

|  |
| --- |
| **신청서 처리 정보** |
|  | 연간 신청 수수료는 대리인당 $25입니다. 면허는 매년 6월 30일에 만료됩니다. |
|  | 수표 수령인은 WSLCB로 발행하여 위 주소로 발송하십시오. |
|  | 처리 기간은 14 영업일이 소요됩니다. |
|  | *본 양식은 대리인 면허 갱신을 위해서만 사용됩니다. 대리인 면허를 신규로 신청하는 경우 WSLCB 웹사이트의 대리인 신청서 양식을 사용해야 합니다.*  |
|  | 문의사항이 있거나 도움이 필요하시면 (360) 664-1600.  |

|  |
| --- |
| **신청 회사에서 작성하는 정보** |
| 대리인이 대표할 회사 또는 기업의 전체 법인명      | 회사 면허 번호       |
| 회사 주소(도로명, 시, 주, 우편번호) | 전화 번호(     ) -     -      |
| 서명권자의 서명 | 이름:      |
| 이메일 주소       |

|  |
| --- |
| **대리인의 목록을 성(래스트네임) 알파벳 순서로 기입하십시오.** |
| **대리인 이름** | **대리인 업무 주소** | **전화 번호** |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
| **대리인의 목록을 성(래스트네임) 알파벳 순서로 기입하십시오.** |
| **대리인 이름** | **대리인 업무 주소** | **전화 번호** |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -      |
|       |       | (     ) -     -       |