兵团一师工伤保险辅助器具配置

协议机构申请书

申请单位 (公章）

申请时间

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 辅助器具配置  机构名称 | |  | | | | | |
| 统一社会  信用代码 | |  | | | | | |
| 法定代表人 | |  | | 法定代表人 身份证号 |  | | |
| 住所 | |  | | | | | |
| 注册资本 | |  | | 经营场地面积 |  | | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 |  | | |
| 开户行名称 | |  | | 开户行行号 |  | | |
| 银行户名 | |  | | 账号 |  | | |
| 行政  区域  内维  护网  点情  况 | 网点名称 | | | 网点地址 | | | 负责人 |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
| 从业  人员  资质 | 姓名 | 性别 | 证书类型 | | | 证书编号 | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
| 从业  人员  资质 |  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
| 申  请  内  容 | 法定代表人（签字） 年 月 日 | | | | | | |
| 评  估  确  认  结  果 | 第一师社会保险事业管理中心（代章）  年 月 日 | | | | | | |

注：证书类型含职业资格证书、职业技能等级认定证书。