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。