附件3

常德市工伤保险服务协议辅助器具配置机构申请表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 营业执照注册号或执业许可证号 |  |
| 所有制形式 |  | 职工总数 |  |
| 技术人员总数 |  | 业务用房面积 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  | | |
| 申请办理人 |  | 联系电话 |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自愿承担常德市工伤保险服务，申请成为工伤保险辅助器具配置协议机构，并承诺所填写的信息、材料真实有效。如与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。                 法定代表人签字：  单位  （盖章）  年   月   日 | | |