附件：

常德市工伤预防项目申请表

单位名称（盖章）： 填报日期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报机构 |  | 机构代码 |  |
| 项目名称 |  | 成立年限 |  |
| 主管部门 |  | 所属行业 |  |
| 业务范围 |  | | |
| 预算金额 |  | 开展宣传和培训相关业务年限 |  |
| 专业技术人员结构及数量情况 |  | | |
| 法人代表 | 姓名及身份证号码 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 项目负责人 | 姓名及身份证号码 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 申报项目理由 |  | | |
| 服务范围和对象 |  | | |
| 绩效目标 |  | | |
| 单位审核意见 |  | | |
| 申报初审意见 |  | | |
| 市工伤预防联席会议制度成员单位审批意见 |  | | |