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 |  |
| 主管部门 |  | 所属行业 |  |
| 项目名称 |  | 项目预算 |  |
| 业务范围 |  | 相关业务年限 |  |
| 专业技术人员情况 |  |
| 参保信息 | 参保时间 |  |
| 参保人数 |  |
| 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 |  |
| 项目范围和对象 |  |
| 项目绩效目标 |  |
| 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意见 |  |