

附件 1

随州市工伤预防项目申请表

单位（盖章）：

填报日期： 年 月 日

申报机构		社会信用代码	
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		
	联系电话		
项目负责人	姓名及身份证号		
	联系电话		
申报项目理由	（附可行性研究报告）		
项目实施方式（直 接打√）	申报机构直接实施		
	委托第三方实施		
服务范围 and 对象			
绩效目标			

<p>申报单位 审核意见</p>	<p>盖 章</p> <p>年 月 日</p>
<p>专家评委 会 意 见</p>	<p>专家签字：</p> <p>年 月 日</p>
<p>工伤预防联 席会议成员 单位审核 意见</p>	<p>人社部门（盖章） 年 月 日</p> <p>财政部门（盖章） 年 月 日</p> <p>卫生健康部门（盖章） 年 月 日</p> <p>应急管理部门（盖章） 年 月 日</p>