附件1

昌吉州补充工伤保险试点项目报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 法定代表人 |   | 联系电话 |  |
| 项目负责人 |  | 联系电话 |  |
| 申报意见 | 法定代表人签字： 年 月 日 （加盖公章） |