附件

用人单位申请工伤认定“申请即受理”

服务申请表

|  |
| --- |
| 用人单位名称： |
| 用人单位地址： |
| 联系人： | 联系电话： |
| 参加工伤保险地： | 是否按期足额缴费： |
| 用人单位申请意见：本单位符合我市工伤认定“申请即受理”申请条件，现书面提出申请，自 年 月 日至 年 月 日在 区人力资源和社会保障局申请用人单位申请工伤认定“申请即受理”服务，请予以审核。 用人单位（盖章） 年 月 日  |
| 用人单位指定工作人员是否经考核合格：是（）否（） |
| 区人社局审核意见 |  （工伤认定专用章） 年 月 日 |
| 审核人： |