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： | | |