新乡市工伤预防项目询价申报表

申报单位（盖章）： 申报日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 申报项目名称 |  |
| 申报单位 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位联系人 |  | 联系电话 |  |
| 营业执照或法人证书编号 |  |
| 颁发时间 |  | 有效期 | 至 |
| 其他资质名称 | 颁发时间 | 颁发单位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 审核意见审核单位（盖章）：  年 月 日 |