附件1：

天门市工伤预防项目申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位 | （加盖公章） | 组织机构代码 |  |
| 所属行业 |  | 主管部门 |  |
| 法人代表 | 姓名及身份证号码 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 业务范围及开展宣传和培训  相关业务年限 |  | | |
| 专业技术人员  结构及数量情况 |  | | |
| 项目名称 |  | 申报时间 |  |
| 预算金额 |  | 项目起止时间 |  |
| 项目负责人 | 姓名及身份证号码 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 申报项目理由 | （可附页） | | |
| 项目实施方式  （请在对应方式后打钩） | 申报机构直接实施 |  | |
| 委托第三方实施 |  | |
| 工伤预防项目  服务范围和对象 |  | | |
| 工伤预防项目  绩效目标 |  | | |
| 专家评委会意见 |  | | |
| 工伤预防  联席会意见 |  | | |