

附件 7

四川省工伤保险协议机构信息变更申请表

(单位公章)

填表日期： 年 月 日

协议机构名称		机构地址	
法人代表及联系电话		工伤保险负责人及联系电话	
申请原因			
变更项目			
变更前			
变更后			
申请资料	1.《营业执照》□（有效期： ）； 2.《医疗机构执业许可证》□（有效期： ）； 3.新增服务范围，需提供项目价格、人员资质及相关资料； 4.其他资料：		
社会保险经办机构意见	(盖章) 年 月 日		