附件7

江西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 | | |