附件5

河南省工伤保险协议服务机构信息变更申请表

|  |
| --- |
| 单位名称： 协议类别： 法人/负责人： |
| 社会信用代码/注册号： 许可/登记证号： |
| 地址： |
| 所在省辖市： 协议机构编号： |
| 申请变更内容和理由依据： |
| 协议机构负责人签名：  （盖章）  年 月 日 |
| 社会保险行政部门意见：  （盖章）  年 月 日 |