附件1

商业保险机构报名表

|  |  |
| --- | --- |
| **项目****名称** | 乌鲁木齐市补充工伤保险试点项目 |
| **报名****时间** | 2025年 月 日 |
| **报名****单位** |  **法人签字：** **公 章：** |
| **单位****联系人** |  | **联系人****职务** |  |
| **联系人****电话** |  | **单位****地址** |  |