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** |  |