### 附件1 工伤康复协议机构申请审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **机构名称：** | | **执业许可证号：** | |
| **执业地址：** | | | **邮 编：** |
| **法人：** | **联系人：**  电话： 电子信箱： | | |
| 单位申请意见：        领导签字： 单位盖章 年 月 日 | | | |
| 工伤康复专家委员会评审意见：    年 月 日 | | | |
| 社保经办机构审查意见：    年 月 日 | | | |
| 劳动保障行政部门审批意见：  年 月 日 | | | |
| 备 注： | | | |