### 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： |