|  |  |
| --- | --- |
| **第三方督查评估认证申请表（单位版）** | |
| 申请单位名称： | |
| 联系人： | 联系电话： |
| 联系地址： | |
| 现有人员 名（需提供社保缴纳清单），其中本科学历 名，研究生以上学历 名，本机构认证过的人员 名。 | |
| 相关项目工作说明（请写明项目委托单位、项目名称、是否完成）：（本栏可根据项目数量自行添加）  1.  2.  3.  4. | |
| 如需开发票，请注明开票信息：   1. 单位名称（必填）： 2. 单位税号（必填）： 3. 单位注册地址： 4. 电话号码 5. 开户行： 6. 开户行帐号： | |
| 备注： | |
| 申请单位声明：本单位对提供的材料负责，申请资料真实无误。如有虚假接受认证单位的处罚，包括撤销认证。  申请单位签章：  申请日期： 年 月 日 | |