|  |
| --- |
| **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 |