陇县老年人能力评估机构申请表

申请单位（盖章）： 时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | | | | | |
| 机构类型 | | □企业 □社会组织 □事业单位 | | | | | | | | |
| 统一社会  信用代码 | |  | | | | 注册地址 | | |  | |
| 法人代表 | |  | | | | 联系方式 | | |  | |
| 业务负责 | |  | | | | 联系方式 | | |  | |
| 开户银行 |  | | 户名 | |  | | | 账号 |  | |
| 业务范围 | | （需包括开展老年人能力评估相关内容）： | | | | | | | | |
| 评估人员  基本情况 | | 姓名 | | 年龄 | | | 专业资格类型 | | | 从业年限 |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
| 申报单位  承 诺 | | 我单位自愿申请参与《陇县老年人能力评估机构》公开遴选，保证提交的申报资料及相关信息客观、真实、有效并同意接受有关部门监督。  法定代表人（负责人）签字：  （申报单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |