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 |