

_____:

为了落实国家职业病统计报告工作制度，请您如实填写《用人单位基本信息卡》。

用人单位基本信息卡

用 人 单 位 基 本 信 息 卡	名称:
	组织机构代码/统一社会信用代码:
	通讯地址:
	邮编:
	联系人:
	联系电话:
	经济类型:
行业:	
企业规模: 1.大型 <input type="checkbox"/> 2.中型 <input type="checkbox"/> 3.小型 <input type="checkbox"/> 4.不详 <input type="checkbox"/>	

用人单位盖章:

时间: 年 月 日