

江苏省实习生和见习人员参加工伤保险承诺书

申请单位 基本信息	单位名称			
	单位编号			
办理业务及证明材料（勾选并补充完整）：				
☐ 实习生参加工伤保险：				
经协商，我单位与_____（学校名称）、学生_____（填写姓名） （填写身份证号）签订实习协议，协议实习时间自____年__月__日至____年__月__日。 现申请根据《江苏省实习生和见习人员参加工伤保险办法》，为其办理工伤保险参保手续。我单位已确认其年满 16 周岁，由实施全日制学历教育的普通高等学校、中高等职业学校（含技工院校）根据法律、法规和国家有关规定，集中统一安排或者经学校批准自行联系实习单位进行岗位实习的在校学生。				
☐ 见习人员参加工伤保险：				
经协商，我单位与_____（填写学校名称）、_____（填写姓名） _____（填写身份证号）签订见习协议，协议见习时间自____年__月__日至____ 年__月__日。现申请根据《江苏省实习生和见习人员参加工伤保险办法》，为其办理工伤保险参保手续。我单位已确认其系按照《江苏省就业见习经办规程》到见习单位参加就业见习的人员。				
承诺内容：本单位已认真阅读《江苏省实习生和见习人员参加工伤保险告知书》及相关规定，对证明义务和办理条件已充分知晓。在此，本单位郑重承诺：本单位已经符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，并授权同意经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的信息，用于核实承诺内容的真实性。本单位承诺及时如实告知参保人参加工伤保险和缴费情况以及有关工伤保险的权利义务，并依法依规办理工伤保险事项。同时，知悉本单位如作出不实承诺，或者出现为与本单位无实习或见习关系的其他人员参加工伤保险等行为的，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在“信用中国”、人社门户网站等媒介公示，并承担由此造成的一切后果，涉及犯罪的移交司法机关处理。				
单位办理 人信息	姓名		移动电话	
	联系地址			
承诺单位（公章） 承诺日期：____年__月__日				