**附件1**

**湖北交投建设集团有限公司道路分公司**

**协作单位团体人身意外伤害保险**

**意向单位报名登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 | 联系人 | 联系方式 | 备注 |
|  |  |  |  |

申请单位名称： 盖章

联 系 人： 签字

日 期：