附件2

# 宿迁市小微企业参加工伤保险承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业信息 | 企业名称 | |  |
| 企业单位代码 | |  |
| 法人代表签字 | |  |
| 企业地址 | |  |
| （本表涉及的参保人员花名册附后） | | | |
| **用人单位确认内容** | | | |
| 1.本企业已认真阅读《关于促进小微企业参加工伤保险工作的通知》的具体内容，并充分了解应尽的国家社会保障相关的权利和义务；  2.本企业已向参保人员本人告知社会保障相关法律法规的规定，本企业承诺申报的所有事项属实，所申报参保人员均为本单位职工，所申报的职工信息、工资基数均真实有效，并愿意承担违反承诺的法律责任。  小微企业（签章）：  年 月 日 | | | |
| 单位办理人信息 | | 姓名 |  |
| 手机号码 |  |
| 联系地址 |  |