|  |  |
| --- | --- |
| 龙华区企业口罩需求申请表 | |
| 企业名称 |  |
| 企业注册地址 |  |
| 企业实际生产经营地址 |  |
| 企业联系人及  手机号码 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 法定代表人 |  |
| 员工总人数 |  |
| 复工时间 |  |
| 已（拟）复工人数 |  |
| 邮寄地址（为企业注册地址或实际生产经营地址）： | |
| 本表一经提交，视为企业承诺所填写内容真实，所申请口罩只用于企业员工复工复产，不挪作他用，如有违反情形，将接受政府相关部门严肃追责。  法人签字（盖章）：  申请日期：年月日 | |

备注：申请企业需将**填写好的本表电子版**、**法人签章扫描版（或清晰照片）**以及**营业执照扫描版（或清晰照片）**一起发送至指定邮箱（dzzwfwzx @szlhq.gov.cn）进行申请。

附件2