

编号:

工伤认定申请表

申请人: 中国国际技术智力合作有限公司.

受伤害职工: 必填

申请人与受伤害职工关系: 劳动关系

申请人地址: 北京市朝阳区光华路7号汉威大厦西区6层.

邮政编码: 100004

联系电话: 65613920

填表日期: 必填年 月 日

北京市人力资源和社会保障局

职工姓名	必填	性别	必填	出生日期	必填年 月 日
身份证号码	18位身份证号码			联系电话	受伤员工联系方式
家庭地址	受伤员工地址			邮政编码	必填
工作单位	中国国际技术智力合作有限公司			联系电话	65613920
单位地址	北京市朝阳区光华路7号双威大厦			邮政编码	100004
职业、工种或工作岗位	必填			参加工作时间	必填
事故时间	必填			诊断时间	必填
受伤害部位	必填			职业病名称	
接触职业病危害岗位				接触职业病危害时间	
受伤害经过简述(可附页)	范例: 我公司派遣到 XXX 公司员工 XXX 于 XXXX 年 XX 月 XX 日 XX 时、在办公区上楼梯 不慎踩空摔倒、脚面红肿,无法正常行走。 当即前往 XX 医院就诊,经诊断为 XXX XX				

申请事项:

情况属实. 要求认定为工伤.

申请人签字: 无需填写

年 月 日

用人单位意见:

情况属实. 同意要求认定为工伤.

经办人签字 无需单位盖章.

(公章)

年 月 日

社会
保险
行政
部门
审查
资料
和受
理意
见

经办人签字:

年 月 日

负责人签字:

(公章)

年 月 日

备注: