**享受工（公）伤待遇申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 工号 |  | 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 职业、工种或工作岗位 |  | 参加工作时　　间 |  | 伤害部位或疾病名称 |  |
| 事故或发病地点 |  | 事故或发病时 间 |  | 诊断时间 |  |
| 家庭详细地　　址 |  |
| 受伤害经过简述（可附页）： |

|  |
| --- |
| 受伤害职工或亲属意见：签字：　　年　　月　　日 |
| 用人单位意见：单位负责人签字：印章　　年　　月　　日 |
| 工伤待遇认定小组意见：负责人签字：印章　　年　　月　　日 |

注：此表一式两份