工伤备案申请表

行政区域（参保的区县）： 申报时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 单位代码 |  |
| 事故发生时间 |  | 事故发生地点 |  |
| 死亡人数 |  | 受伤人数 |  |
| 急救医院 |  | 门诊/住院医院 |  |
| 转诊医院 |  | 科室 |  |
| 事故类型 |  | | |
| 事故经过 |  | | |
| 公民身份证 |  | 姓名 |  |
| 性别 |  | 年龄 |  |
| 工种 |  | 伤亡情况 |  |
| 受伤部位 |  | | |
| 用人单位制表人 |  | 用人单位法人 |  |
| 申请人联系电话 |  |  |  |