填表说明

1. 所有文书均用A4纸打印，署名需手写签字，指纹按压需红色印泥。
2. 附件2中用签字笔或电子版填写(除签字和盖章)，字迹工整清楚，伤害部位处不允许涂改。用人单位要填写单位全称（与工伤保险参保单位一致），单位地址按实际经营地址填写。受伤害职工姓名、身份证号码等基础信息按实际填写。诊断时间按照医疗机构首诊时间填写。受伤害部位或职业病名称按医学诊断资料受伤害部位填写(自身疾病除外)。受伤害经过简述应写明事故发生的时间、地点、经过及治疗情况。受伤害职工或近亲属意见应当写明是否同意申请工伤认定，以上所填写内容是否真实。受伤害职工或近亲属签名按手印，并填写日期。由工会组织申请的，应加盖工会组织公章，并由相应工作人员签字按手印。用人单位意见，单位应签署是否同意申请工伤，所填写情况是否属实，单位经办人签名或名章并加盖单位公章。社会保险行政部门审查资料和受理意见应填写是否受理意见，受理人和负责人签字或加盖名章。此表由申请人填写一份，由社会保险行政部门留存。