**关于** **（用人单位名称）职工**

**（受伤职工姓名）受工伤情况的公示**

（受伤职工姓名），性别：男/女，身份证号： ，在我单位任 （职务、职位、工种等）。于 年 月 日，因 （事故发生经过）受伤，在 医院就诊。现申请认定工伤，特此公示，公示期5个工作日。

欢迎广大干部群众对以上同志是否符合申报认定工伤条件等事项提出意见，反映问题。我们将对反映的情况和问题，认真进行调查核实，并按有关规定做出相应的处理。

来信来访接待机构：长春市人社局工伤保险处

举报电话：043185679959、 （本单位投诉举报电话）

公示截止时间： 年 月 日

单位（加盖单位公章）

年 月 日