**单位授权委托书**

长春市人力资源和社会保障局：

现我单位委托 ，身份证号： ， 联系电话： ，作为 工伤认定申请的代理人。

委托单位： （单位盖章）

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委  托  人 | 粘贴身份证照片头像面 | 粘贴身份证照片国徽面 |
| 按压指纹 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被  委  托  人 | 粘贴身份证照片头像面 | 粘贴身份证照片国徽面 |
| 按压指纹 |