

工伤复发确认申请表

工伤人员姓名_____ 申请人：单位 个人

工伤人员身份证号□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

现居住地址_____路_____弄_____号_____室

邮政编码 □□□□□□ 联系电话 □□□□□□□□

工伤人员所在单位名称_____

单位地址_____

电话_____ 联系人_____ 邮编_____

工伤认定书文号_____ 发生工伤时间_____

劳动能力鉴定结论书文号：_____ 劳动能力鉴定等级：_____

本次发病确诊时间_____ 本次发病部位_____

工伤情况及受伤部位：

申请理由：

申请人签名（盖章）

年 月 日

备注：

--

