



**填表说明：**

1. 用蓝、黑色钢笔或者签字笔填写，字体工整清楚，可打印。
2. 单位名称、法定代表人（负责人）栏，应按提供的有效证明复印件上载明事项填写。
3. 受伤害从业人员姓名、身份证号码栏，应按提供的受伤害从业人员身份证明复印件上载明事项填写。
4. 参加工作时间栏，应填写受伤害从业人员首次参加工作的时间。
5. 学历栏，按最高学历且只能选择一项填写。
6. 职业或者工种栏，应按发生事故伤害或者被诊断为职业病时从事的职业或者工种填写。
7. 受伤部位栏，最多可以选择五项填写，超过五项的填写伤最重的五项。受伤程度栏，根据出院小结和诊断结论填写，可填写如骨折、截肢等程度性表述。
8. 职业病名称栏，应按职业病诊断书载明的填写。
9. 事故伤害（患职业病）经过简述栏，发生事故伤害的，应写清事故的地点，当时所从事的工作，受伤原因以及伤害部位和具体程度，还应写明是否有目击证人；患职业病的，应写明接触有毒有害作业
10. 申请事项一栏主要记述本次申请的目的。
11. 申请人为个人的应当在表格下方签名，申请人为单位的应当在表格下方盖单位公章。