|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 员工工伤报告表 编号( ) | | | | | | | | | | |
| 填表时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 伤者姓名 | |  | | 隶属部门 | |  | | 岗位名称 |  | |
| 入职日期 | |  | | 身份证号 | |  | | | | |
| 资格证书 | |  | | | | 是否参加过安全培训教育 | | | | □是□否 |
| 家属姓名 | |  | | 联系方式 | |  | | | | |
| 事故时间 | |  | | | | 事故地点 |  | | | |
| 现场管理 | |  | | | 见证人 |  | | | | |
| 伤害原因 | |  | | | | | | | | |
| 伤害部位 | |  | | | | | | | | |
| 工伤  详细  经过 | 当事人签字： 直属领导： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 临时  处理  方案 |  | | | | | | | | | |
| 事故责任类别： | | | □意外事故 □违规操作 □个人疏忽 □他人造成  □机械故障 □其他 | | | | | | | |
| 部门  处理  意见 | 部门领导： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 总经理  批示  意见 | 总经理： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 说明：1、发生工伤事故员工务必在工伤发生24小时内提交工伤事故报告单；  2、须提供县（区）级以上医院开具的有效医疗证明，经公司领导批准后报公司办公室备案。 | | | | | | | | | | |