|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老工伤人员工伤建档办理表 | | | | | | | | | | |
| 填报单位名称： | | | |  |  |  |  | 编号： | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 身份证号 |  | | |
| 工伤(亡) 发生时间 | |  | | 工伤(亡) 认定时间 | |  | 受伤部位 |  | | |
| 伤残鉴定 结论 | |  | | 伤残鉴定 时间 | |  | 护理鉴定 等级 |  | 护理鉴定时间 |  |
| 单位意见 | 以上所填内容经我单位核实，情况属实。 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | 申报单位（章） | | | | |
| 经办人： | | 审批人： | | | | 年 月 日 | | | |
| 社 会 保 险 经 办 机 构 意 见 |  | | | | | | | | | |
|
| 经办人： | | | | | | 经办机构（章） | | | |
|  | |  | |  |  |  | 年 月 日 | | |

咨询电话：0391-6636168