|  |
| --- |
| 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