

附件 2

四川省工伤职工转诊转院申请表

单位名称:

姓 名		社会保障号码		性别		年 龄	
工伤时间		伤残部位				工伤认定书编号	
联系电话		联系地址					
工伤职工 本人、近 亲属申请	签字: _____ 年 月 日						
工伤保险 协议医疗 (康复) 机构意见	工伤保险协议医疗机构 (章) 医师: _____ 年 月 日						
用人单位 意见	用人单位 (章) 经办人: _____ 年 月 日						
社会保险 经办机构 意见	社会保险经办机构 (章) 经办人: _____ 年 月 日						
备 注							

