四川省工伤职工转诊转院申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称： |  |
| 姓 名 | 　 | 身份证号码 | 　 | 性别 |  | 年龄 | 　 |
| 工伤事故发生时间 | 　 | 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 | 　 |
|
|  申请人： 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（康复）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 | 　 |