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 |  | | | | | | |