九江市职工工伤（亡）事故情况快报表

单位编号:

申报单位(盖章): 个人编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故发生地点 |  | 事故发生时间 |  | 抢救治疗医院  及科室床号 |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年龄 |  | |
| 主要伤害部位 |  | 工伤(亡)类别 |  | 伤情 |  | |
| 伤者联系方式 |  | | 身份证号 |  | |
| 单位经办人 |  | 联系电话 |  | | |
| 事故发生  简要经过 | 。 | | | | |
| 备 注 |  | | | | |

申报时间: 年 月 日

用人单位应当自工伤事故发生后或职业病确诊后三个工作日内填写此表，将盖章后的扫描件和电子文件发送到以下邮箱：人社局工伤科邮箱：jjsgsk@sina.com，社保局工伤保险科邮箱：jjssbjgsk@sina.com