工伤认定申请报告

泰安市人力资源和社会保障局：

我单位职工（姓名）身份证号：\*\*\*\*\*\*，在单位从事\*\*\*\*\*\*工作。于 年 月 日 时，在（具体地点）从事\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*工作时，因\*\*\*\*\*原因导致发生事故，事故后， 年 月 日，经送（医院）诊断为：“\*\*\*\*\*\*\*\*\*”。事故发生时除当事人外，另有职工\*\*\*\*\*\*\*\*\*在场。

单位经核实，认为职工（姓名）于年月日时发生的事故符工伤认定条件，且未发现当事人存在醉酒、吸毒等现象，现申请工伤认定。

单位盖章

年月日