工伤认定申请

我叫（姓名），身份证号：\*\*\*\*\*\*，是\*\*\*\*\*\*职工，在单位从事\*\*\*\*\*\*工作。 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（医院）诊断为：“\*\*\*\*\*\*\*\*\*”。事故发生时除当事人外，另有职工\*\*\*\*\*\*\*\*\*在场。

事故发生时本人不存在醉酒、吸毒等现象，现申请工伤认定。

职工签名（手印）

年月日