工伤认定申请

（参考格式）

我叫（姓名），身份证号：**\*\*\*\*\*\***，是**\*\*\*\*\*\*（具体单位名称）**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