附件

威海市工伤事故快报告知书

<table>
<tr><td>单位名称</td><td colspan="2"></td><td>工伤职工姓名</td><td></td></tr>
<tr><td>性别</td><td></td><td>社会保障号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>工伤类别</td><td colspan="4">□工伤事故　　□职业病　　□其他</td></tr>
<tr><td>事故时间</td><td colspan="2"></td><td>参保机构</td><td></td></tr>
<tr><td>告知
情况</td><td colspan="4">兹证明我单位职工　　系因工作原因受伤，在你院救治，请予工伤就医登记。

单位（章）
年　月　日</td></tr>
</table>

说明：此表由用人单位在参保职工因工伤住院或门诊就医时提供给就医医院登记用。