|  |
| --- |
| 工伤事故报案单 |
| 报案日期 |  年 月 日 时 分 | 报案人姓名 | 　 |
| 用人单位 | 　 | 报案人电话 | 　 |
| 用人单位地址 | 　 | 用人单位电话 | 　 |
| 事故时间 |  年 月 日 时 分 | 事故地点 | 　 |
| 职工姓名 | 　 | 性别 | 　 |
| 身份证号 | 　 | 是否参保 | 　 |
| 事故发生经过 | 　 |
| 单位盖章或 经办人签字 |  年 月 日 |
| 备注 | 　 |