|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  | | |  | |  |
| 岳阳县因履行工作职责感染新型冠状病毒  肺炎工伤认定申请表 | | | | | | | | |
| 职工姓名 |  | 工作单位 | |  | | | | |
| 职业、工种 或工作岗位 |  | 参加工作时间 | |  | 确诊时间 | |  | |
| 感染简要经过： | | | | | | | | |
| 感染职工或亲属意见：    签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 用人单位意见：  法定代表人签字（印章）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 人力资源和社会保障行政部门审查资料情况和受理意见：  年 月 日 | | | | | | | | |