|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |