附件12

XXX人力资源和社会保障局

认定工伤决定书

 （202X）川“地区简称”工认XXXX号

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人 |  |
| 受伤职工姓名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 职业/工种/工作岗位 |  |
| 身份证号码 |  | 用人单位 |  |
| 事故时间 |  | 事故地点 |  |
| 申请时间 |  | 受理时间 |  |
| 诊断时间 |  | 受伤害部位/职业病名称 |  |
| 受伤害经过、医疗救治的基本情况和诊断结论 | 年 月 日受理的（受伤职工）工伤认定申请后，根据提交的材料调查核实情况如下： |
| 工伤认定依据结论 | （受伤职工）受到的事故伤害（或患职业病），符合《工伤保险条例》（或《四川省工伤保险条例》）第 条第 款第 项之规定，属于工伤认定范围，现予以认定为（或视同）工伤。 |
|  如对本决定不服，可在收到本决定书之日起60日内向XXX人民政府或XXX人力资源和社会保障局申请行政复议，或者在六个月内向XXX人民法院提起行政诉讼。（本决定书一式五份，具有同等法律效力。用人单位、受伤职工或者其近亲属、社会保险行政部门、社会保险经办机构、劳动能力鉴定机构各一份。）  XXX人力资源和社会保障局 （工伤认定专用章） 年 月 日 |