

# 工伤事故登记表

HBFSCO-QR-7.5-27

公司名称		合同性质			
员工姓名		性别		年龄	
员工工种			联系电话		
事故发生地点			发生事故时间	年 月 日 时 分	
发生的事 故经过					
伤情					
医疗处理	急诊医院		急救科室		
	诊断结论				
	医疗费用合计				
所属业务员			收到客户通知的时间		
业务部门经理			审核意见		审核时间
福利保障部经理			审核意见		审核时间
主管副总			审核意见		审核时间

注： 此表一式两份，登记以后由业务部和福利保障部各留存一份。