重庆市工伤职工转诊转院（含职业病）申请表 表3

单位名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | |  | 性别 |  |
| 身份证号 | |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 | |  | 工伤时间 |  |
| 工伤认定编号 | |  | 伤残等级（非必填） |  |
| 伤害部位 | |  | 转往地点 |  |
| 转往医院 | |  | 转往医院等级 |  |
| 工伤职工本人申请 | | 本人签字：  年 月 日 | | |
| 医疗机构  意见 | | 主治医师：  科室主任：  医疗机构（盖章）  年 月 日 | | |
| 此表一式两份，医疗机构和工伤职工各留存一份。 | | | | |