江苏省本级工伤职工转诊转院（异地）申请表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 劳动保障卡号 |  | 工伤认定书编号 |  |
| 年龄 |  | 性别 |  | 工伤时间 |  |
| 伤残部位 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  | 交通工具 |  |
| 工伤职工本人申请 | 本人签字：年月日 |
| 用人单位意见 | 用人单位（章）经办人：年月日 |
| 协议医疗机构意见 | 三级以上医疗机构（章）副主任以上医师：年月日 |
| 经办机构意见 | 工伤保险经办机构（章）经办人：年月日 |
| 备注 |  |