|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 淮北市工伤职工转诊转院申请表 | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 工伤保险号 |  | 工伤时间 |  |
| 身份证号码 |  | | | | 工作单位 |  | | |
| 医院名称 |  | | | | 入院时间 |  | | |
| 主要伤害部位及程度 | |  | | | | | | |
| 拟转医院名称及等级 | |  | | | | | | |
| 转诊转院治疗项目 | |  | | | | | | |
| 转诊转院理由（伤情摘要）       科主任或副主任以上医师（签名）： 建议医师（签名）：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |
| 医疗机构工伤保险医疗管理科室意见    （签章）   年 月 日 | | | | | | | | |
| 工伤保险经办机构意见  （签章）   年 月 日 | | | | | | | | |

说明：此表一式两份，工伤职工及工伤保险经办机构各一份。