附件2

编号：

**认定工伤决定书**

**（参考）**

申请人：\_\_\_\_\_\_\_\_ 申请时间：\_\_\_\_\_\_\_\_

受伤或患职业病人员姓名：\_\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_ 身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_

参保类型：特定人员单项工伤保险

参保人员类型：

参保单位：

所属村委员会、居委会（村（社区）两委类型）:\_\_\_\_\_\_\_\_

所属在读院校（实习学生类型）：\_\_\_\_\_\_\_\_

从业人员职业/工种/工作岗位：\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日受理\_\_\_的工伤认定申请后，根据提交的材料调查核实情况如下：

……（包括事故时间、地点、受伤害经过和核实情况、诊断时间、受伤害部位（职业病名称）、医疗救治的基本情况和诊断结论等情况）。

\_\_\_\_\_\_受到的事故伤害（或患职业病），参照《广东省工伤保险条例》第\_\_\_条第\_\_\_项之规定，属于工伤认定范围，现认定为工伤（或视同）。

如对本工伤认定决定不服的，可自接到本决定书之日起60日内申请行政复议，或者于6个月内向人民法院提起行政诉讼。

（工伤认定专用章）

年 月 日

注：本通知一式四份，社会保险行政部门、工伤职工或者其近亲属、参保单位、社会保险经办机构各留存一份。