广东省事故伤害（职业病）登记表

单位名称：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故发生（职业病诊断、鉴定）时间 |  | 伤害发生  地点 |  | 死亡  人数 |  |
| 急救医院 |  | 急救科室 |  | 受伤  人数 |  |
| 事故经过 |  | | | | |
| **伤亡职工基本情况** | | | | | |
| 姓名 | 身份证号码 | 受伤部位 | | 医疗机构初诊意见 | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |

填报人： 联系电话： 日期：