附件2

工伤认定申请材料接收清单

申请人： 受伤职工姓名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材 料 名 称 | 份数 | 页数 | 材料性质 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 备注 | 1．材料性质：是指材料系原件或者复印件；  2．核对无误后，双方签字确认；  3．本清单一式两份，申请人和社会保险行政部门各留存一份。 | | | |

申请人（经办人）（签字）： 日期： 年 月 日

社会保险行政部门经办人（签字）： 日期： 年 月 日