**延长工伤认定申请时限审批表**

申请单位（公章）： 编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 伤亡职工姓 名 |  | 事故发生时间 | 年 月 日 |
| 申请延长时间至 | 年 月 日 |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 事故经过简述：年 月 日 |
| 延长申请时限理由：年 月 日 |
| 人力资源和社会保障行政部门意见：  印章年 月 日 |
| 备注： |  |

说明：本表一式两份，用人单位、审批机构各一份。