|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 职务或岗位 |  |
| 身份证号 |  | | | 与受伤职工关系 |  |
| 工作单位 |  | | | | |
| 是否现场目击 | 是 □ 否 □ | | 电话 |  | |
| 证明内容：（需写清楚受伤害职工受伤具体时间、地点和受伤原因、受伤部位及就治情况）  本人郑重承诺：以上证明内容完全属实，如有虚假，本人自愿承担法律责任。    证人签名（按手印 ）：  年 月 日 | | | | | |
| 身份证黏贴处  （需提供原件核对并黏贴身份证正反两面） | | | | | |

工伤认定证人证言

注：本表应用钢笔或签字笔填写，字体工整，字迹清楚。