**受伤害部位确认书**

**(单位)**

北京市朝阳区人力资源和社会保障局：

我单位职工 于 年 月 日因

受到事故伤害，经确认本次的受伤害部位为：

上述受伤害部位经用人单位及受伤害职工本人确认属实。

受伤害职工（签名并按手印）：

受委托人（签名）：

用人单位（公章）

年 月 日