证人证言

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 证人基本情况 | 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 与受伤害职工关系 |  | 电话或手机（有效号码） |  |
| 性别 |  | 工作单位（项目名称） |  |
| 工种/职业 |  | 工作单位（项目）地址 |  |
| 受伤职工工作情况 | 发生事故详细时间 |  | 事故地点 |  |
| 工种/职业 |  | 工作单位（项目名称） |  |
| 工作班次 |  | 工作单位（项目）地址 |  |
| 职工受伤过程 |  |
| 诚信保证 | 本人保证所作证明真实无误。如有虚假，本人愿承担由此引起的一切后果和法律责任。签名：（手印） |

填表说明：

1.“工作班次”应为事故发生时，证人、受伤职工所处工作班次；

2.证人身份证复印件附后；

3.在“职工受伤经过”栏，证人本人用蓝或黑墨水钢笔填写（可加附页），要写清事故时问、地点，当时所从事的工作，受伤害的原因、份害部位及当时的表现，证人本人必须签字、按手印及签字日期（原件）；请附证人身份证复印件。