工伤认定证人证言材料

证明人姓名：

身份证号码：

工作单位、职务：

联系方式：

与被证明人关系：

（主要陈述事故发生的时间、地点、经过及事发现场见证人员等内容）

（可另附页）

（本人所述内容真实、准确，愿意为其真实性承担法律责任。）

证明人签字（本人手印）： 时间：

工伤保险行政部门核实人签字：

核实方式： 时间：

备注：提交时应附证明人身份证复印件或其他法定身份证明。