|  |  |
| --- | --- |
| **TÊN DOANH NGHIỆP (1) -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số:    /TB-(2) | *…(3), ngày….. tháng…..năm 20…* |

**THÔNG BÁO**

Về việc người lao động ...(4)...

**Kính gửi:**……….(5)…………………………………………

.....(1)... thông báo:

Ông/bà: .....(6)............................................................................................................

Địa chỉ:.......................................................................................................................

Bị …(4)… trong quá trình làm việc tại doanh nghiệp, với tình hình sức khỏe như sau: ......(7)……….Hiện đang điều trị tại ...(8)...(nếu có).

Xin thông báo để ...(5)... được biết.

Chi tiết xin liên hệ với ông/bà …… địa chỉ ……. số điện thoại...../.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** - Như trên; - Lưu VT,…. | **NGƯỜI ĐẠI DIỆN** *(Chữ ký, dấu)* **Họ và tên** |

***Ghi chú:***

(1) Tên doanh nghiệp, đơn vị, tổ chức nơi người lao động bị tai nạn hoặc được xác định bị bệnh nghề nghiệp.

(2) Tên viết tắt của doanh nghiệp, đơn vị, tổ chức nơi người lao động bị tai nạn hoặc được xác định bị bệnh nghề nghiệp.

(3) Địa danh nơi đặt trụ sở hoặc cơ sở sản xuất, kinh doanh của doanh nghiệp, đơn vị, tổ chức gửi văn bản.

(4) Bị tai nạn lao động hoặc bị bệnh nghề nghiệp.

(5) Tên người sử dụng lao động của các hợp đồng lao động còn lại mà người lao động đã giao kết.

(6) Họ và tên người lao động bị tai nạn lao động hoặc bị bệnh nghề nghiệp.

(7) Ghi rõ tình hình sức khỏe của người lao động.

(8) Tên cơ sở y tế nơi người lao động bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp điều trị.