附件9

疑似职业病告知书（样式）

 （用人单位名称+劳动者姓名）：

 年 月 日，本机构在职业健康检查中发现 （劳动者姓名+身份证号码） ，（症状、体征及实验室检查结果） 等。根据日前材料，界定 （劳动者姓名） 为 （例如：疑似职业性慢性轻度苯中毒） 的疑似职业病病人。

你单位应当在30日内安排对疑似职业病病人进行职业病诊断；在疑似职业病病人诊断或者医学观察期间，不得解除或者终止与其订立的劳动合同。疑似职业病病人在诊断、医学观察期间的费用，由用人单拉承担。

劳动者可以在用人单位所在地、本人户籍所在地或者经常居住地的职业病诊断机构进行职业病诊断。

特此告知。

职业健康检查机构（盖章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 备注：本告知书一式四份，一份劳动者，一份用人单位，一份职业健康检查机构，一份用人单位所在地县（市、区）级卫生健康主管部门存档。 |