附件2

工伤人员康复治疗申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工 | 姓 名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |
| 身份证地址 |  |
| 通讯地址 |  |
| 用人单位 | 名称（全称） |  |
| 通讯地址 |  |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 伤情诊断 |  |
| 工伤人员或近亲属意见 | 本人及家属已了解相关政策，要求申请，并遵守有关政策规定。 签 字： 年 月 日 |
| 用人单位意见 | （盖章） 签 字： 年 月 日 |
| 工伤康复定点服务机构评估确认意见 | （盖章） 签 字： 年 月 日  |

填表说明：

1.此表由用人单位、工伤人员或其近亲属填写。

2.“伤情诊断”栏：填写医疗机构的诊断情况，包括受伤部位、受伤程度等内容。

3.“工伤人员或近亲属意见”栏：填写申请人要求“医疗康复住院治疗”或“职业康复住院治疗”。

4.此表一式5份，工伤人员、用人单位、市劳动能力鉴定委员会区域组、社会保险经办机构、工伤康复定点服务机构各保存一份。