重庆市工伤职工康复治疗申请表 表4—1

单位名称： 编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 年龄 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 工伤类别（外伤/职业病） |  | 工伤时间 |  |
| 工伤认定书编号（非必填） |  | 伤残等级（非必填） |  |
| 工伤职工本人申请 |   本人签字： 年 月 日 |
| 用人单位意见 |  用人单位（盖章）： 经办人： 年 月 日 |
| 医疗（康复）机构意见 |  医疗（康复）机构（盖章）： 医师： 年 月 日 |
| 备注 |  |

备注：1.医疗协议服务机构意见应注明进行康复治疗的理由。

 2.工伤职工开展工伤康复治疗的机构应为工伤保险康复协议服务机构。