重庆市工伤职工旧伤复发治疗申请表 表6

单位名称（盖章） 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 身份证号 |  |
| 工伤时间 |  | 工伤认定字号 |  | 伤害部位及程度 |  | 伤残等级 |  |
| 首诊时间 |  | 医疗终结时间 |  |
| 联系电话 |  | 联系地址 |  |
| 工伤职工申请理由并签字 |  工伤职工签字：  年 月 日  |
| 用人单位意见 |  用人单位（章）  经办人： 年 月 日 |
| 协议医疗机构意见（详细填写病史、诊断依据） | 医疗机构（章） 主治医师 ： 科主任： 年 月 日  |

注：对工伤旧伤复发存在争议的，根据劳动能力鉴定委员会确认结果进行办理。