重庆市工伤职工康复治疗期延长申请表 表4—3

编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 科室床号 |  |
| 住院号 |  | 住院天数 |  | 伤残部位 |  |
| 工伤时间 |  | | 身份证号 |  | |
| 用人  单位名称 |  | | 联系人电话 |  | |
| 临床诊断 |  | | 已发生医  疗费金额 |  | |
| 工伤职工或近亲属意见 | 签字： 年 月 日 | | | | |
| 病史、治疗经过及延长工伤康复期限原因 | 签字： 年 月 日 | | | | |
| 医疗（康复）  机构意见 | 医疗（康复）机构（盖章）  年 月 日 | | | | |

备注：1.康复协议服务机构意见应注明进行康复治疗期延长的理由。2.工伤康复职工在康复机构治疗因残情特殊，需超过工伤康复期限继续进行医疗康复治疗的，康复机构应在规定的康复期结束前填报。