江苏省本级工伤职工康复申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 社会保障卡号 | |  |
| 年龄 |  | 工伤时间 | |  | | 工伤认定书编号 | |  |
| 伤残部位 |  | 伤残等级 | |  | | 单位名称 | |  |
| 联系电话 |  | | | 联系地址 | |  | | |
| 工伤职工  本人申请 | 本人签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 工伤职工 面诊情况 |  | | | | | | | |
| 预计康复 效果 |  | | | | | | | |
| 康复时限 | 开始时间 | | 年 月 日 | | 结束时间 | | 年 月 日 | |
| 医疗机构 康复方案 | 医疗机构（章）  医师签字： 主任医师签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 专家评估 意见 | 专家签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 经办机构 意见 | 工伤保险经办机构（章）  年 月 日 | | | | | | | |