

北京市工伤康复申请表

区：

编号：

姓 名		性 别		公民身份 证号码	
家庭住址				联系电话	
单位名称				联系电话	
工 种				是否参加 工伤保险	
申 请 人		与伤者关 系			
受伤日期		伤害部位			
康复机构	<div><input type="checkbox"/>北京博爱医院 <input type="checkbox"/>北京康复医院 <input type="checkbox"/>解放军总医院第四医学中心</div> <div><input type="checkbox"/>北京老年医院 <input type="checkbox"/>小汤山医院 <input type="checkbox"/>解放军总医院第八医学中心</div>				
单位意见	<div>(盖章)</div> <div>年 月 日</div>				
工伤康复 机构意见	<div>(盖章)</div> <div>年 月 日</div>				
区工伤保 险经办机 构意见	<div>(盖章)</div> <div>年 月 日</div>				
备 注	此表一式三份，用人单位、康复机构、区工伤经办机构各留一份				