

# 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 期 间		伤害部位			
康 复 机 构	<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 <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				
单 位 意 见	(盖章) 年 月 日				
工 伤 康 复 机 构 意 见	(盖章) 年 月 日				
区工 伤 保 险 经 办 机 构 意 见	(盖章) 年 月 日				
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				