附表1：

北京市工伤康复申请表

**区县： 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 |  |
| 康复机构 | 博爱医院( ) 309医院 ( ) 西山医院( )304医院（ ） 北京老年医院（ ） 小汤山医院（ ） |
| 单 位意 见 | （盖章） 年 月 日 |
| 工 伤 康 复 机 构 意 见 | （盖章） 年 月 日 |
| 区县工伤认定行政部门意见 | （盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |