延长工伤康复期限建议书

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>身份证
号码</td><td></td><td>职工联系
电话</td><td></td></tr>
<tr><td>所在单位
名称</td><td></td><td>单位联系人</td><td></td><td>单位联系
电话</td><td></td></tr>
<tr><td>工伤认定
文书编号</td><td></td><td>工伤认定
作出时间</td><td></td><td>受伤
时间</td><td></td></tr>
<tr><td>主要诊断</td><td></td><td>已康复时间</td><td></td><td>工伤康复机
构名称</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">工伤康复
机构延长
康复期
建议</td><td>拟延长的康复期限</td><td colspan="4">年　月　日——　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="5">工伤康复延长前评估情况：</td></tr>
<tr><td colspan="5">延长康复治疗计划：（包括康复目标、康复治疗项目、康复延长时间、康复方式（住院/门诊））

科主任签名：　　主管医生签名：　　单位（盖 章）

年　月　日</td></tr>
<tr><td>工伤职工
承诺</td><td colspan="5">本人确认提交的病历材料及查体意见客观真实；自愿配合劳动能力鉴定委员会进行的相关检查，严格遵守相关规定，遵从康复方案，如违反承诺愿承担相应责任。

工伤职工签名：　　年　月　日</td></tr>
</table>

备注：本表一式三份，协议机构、劳动能力鉴定委员会、社保经办机构各留存一份。