附件1：工伤职工延长停工留薪期确认意见表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 工作单位 |  |
| 出身年月 | |  | 年龄 |  | 身份证  号码 |  |
| 损伤部位 | |  | | 原停工留薪期  ，∥ 。 | | 自 年 月 日  至 年 月 日 |
| 检查  诊断  简要  情况 |  | | | | | |
| 专家  小组  确认  意见 | 专家组意见：  专家签名：  年 月 日 | | | | | |

注：此表由医疗技术专家填写，劳动能力鉴定委员会留存。