

附件1:

工伤职工延长停工留薪期确认申请表

姓 名		性 别		身份证号		一寸 免冠 相片
致伤时间		伤害部位				
临床诊断				医院名称		
家庭住址				联系电话		
工作单位				联系人	电话:	
原停工留薪期: 月 (自 年 月 日至 年 月 日)						
损伤部位 恢复情况 及申请 理由	工伤职工签名 年 月 日					
用人 单位 意见	(盖章) 年 月 日					
劳动能 力鉴定 委员会 受理意 见	(盖章) 年 月 日					

附件2:

工伤职工停工留薪期 确认通知书

姓名: _____ 性别: ____ 身份证号码: _____
单位: _____ 伤害部位: _____

根据《山东省工伤职工停工留薪期管理办法》分类目录与
医疗机构诊断证明, 经确认, _____同志停工留薪期为____
个月(自____年____月____日至____年____月____日)。

工伤职工停工留薪期满, 不能恢复工作仍需治疗的, 应在
期满前5个工作日内向本单位提出延长停工留薪期的书面申请
, 并提交协议医疗机构出具的休假证明。用人单位同意后, 可
以延长停工留薪期。

工伤职工或者其直系亲属、工会组织未在规定时间内提
出延长停工留薪期申请的, 停工留薪期终止。

(单位盖章)

年 月 日

此通知一式两份，用人单位、工伤职工各一份。