

# 工伤职工（延长）停工留薪期确认（结论）表

姓名		身份证号码		一寸近期 免冠彩色 照片
工伤或职业病发生时间		伤害部位或职业病名称		
诊疗医院		伤情临床诊断意见		
用人单位				申请人 联系电话
伤残情况				
劳动能力 鉴定 专家 意见	<p>根据《山西省工伤职工停工留薪期管理办法（试行）》（晋劳社工伤[2004]275号）规定：</p> <p>1. _____科，分类目录_____</p> <p>确认停工留薪期_____个月，（不稳定期为）_____个月，恢复期为_____个月</p> <p>2. _____科，分类目录_____</p> <p>确认停工留薪期_____个月，（不稳定期为）_____个月，恢复期为_____个月</p> <p>3. _____科，分类目录_____</p> <p>确认停工留薪期_____个月，（不稳定期为）_____个月，恢复期为_____个月</p> <p>合并确认停工留薪期为_____个月（其中，不稳定期为_____个月，恢复期为_____个月）</p> <p>鉴定专家签名：</p> <p>专家 1: _____；专家 2: _____；专家 3: _____；</p> <p>专家 4: _____；专家 5: _____。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			
劳动能力 鉴定委员会 结论	<p>确认停工留薪期为_____个月，从_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止。</p> <p style="text-align: right;">盖章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			

（劳动能力鉴定委员会留存）