

工伤职工配置辅助器具确认（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			
申请人联系电话		用人单位			
<input type="checkbox"/> 初配 <input type="checkbox"/> 更换		原配置 时 间		伤残 等级	
劳动能力 鉴定专家 意见	查体情况及适用范围		建议配置（更换）的辅具名称及编号		
	<input type="checkbox"/> 不予配置，理由_____。				
鉴定专家签名： 专家 1: _____ 专家 2: _____ 专家 3: _____ 专家 4: _____ 专家 5: _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>					
劳动能力 鉴定委员会 结论	<div style="text-align: right; margin-top: 20px;">盖章</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>				

（劳动能力鉴定委员会留存）

注：确认配置的辅具要与查体情况和适用范围保持一致，不得随意突破适用范围。