

## 工伤职工工伤复发确认（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		
首次鉴定 结论		复发时间		
复发部位及 诊断医院				
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>经确认： <input type="checkbox"/>属于 <input type="checkbox"/>不属于 工伤复发</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>盖章</p> <p>年 月 日</p>			

（劳动能力鉴定委员会留存）