|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **职工病退鉴定申请表** | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 年龄 | 周岁 | | 贴  小  二  寸  照  片 |
| **人员类别（在符合自己情况的栏目前打“ √ ”，并填写相应栏目内容。为便于统计，请将所填栏目编号填写在表格右上角** | | | | | | |
| 1 |  | 企业单位  工作人员 | 单位名称： | | | |
| 2 |  | 机关、事业单位工作人员 | 单位名称： 单位性质： | | | □机关 □全额事业  □差额事业□自收事业 | |
| 3 |  | 国有改制企业解除劳动关系人员 | 解除单位名称： | | | | |
| 4 |  | 残疾人 | 单位名称： 残疾证编号： | | | | |
| 单位联系人及电话 | |  | | | 鉴定职工联系电话 |  | |
| 申报疾病名称：  1、  2、  3、 | | | | | | | |
| 贴二代身份证复印件 | | | | | 申报单位意见：  （公章）  年 月 日 | | |
| 县（市）区人社局受理意见：  （公章）  年 月 日 | | | | | 劳动能力鉴定机构意见：  （公章）  年 月 日 | | |

|  |
| --- |
| 查体所见及辅助检查结果： |
| 鉴定依据：  专家意见：  年 月 日 |
| 劳动能力鉴定委员会结论：  年 月 日 |