|  |
| --- |
| **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 |