**参加省级养老保险统筹**

**人员病退（退职）劳动能力鉴定表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 年 龄 | | | | 周岁 | | 二寸  或小  二寸  彩色  照片 |
| 性 别 | |  | 身份证号 | | | |  | |
| 单位名称 | |  | | | | 缴费年限 | |  |
| 申请人联系人姓名及电话 | | |  | | | | | | |
| 申报单位联系人姓名及电话 | | |  | | | | | | |
| 申请鉴定伤病名称  1、  2、  3、 | | | | | | | | | |
| 申  请  人  签  字 | 年 月 日 | | | 用  人  单  位  意  见 | (公章）  年 月 日 | | | | |
| 身份证复印件粘贴处  （人像面） | | | | | 身份证复印件粘贴处  （国徽面） | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 查体所见及辅助检查结果： | |
| 鉴  定  专  家  意  见 | 年 月 日 |
| 劳动能力  鉴定委员会鉴定结论 | 年 月 日 |

注：本表一式一份，A4纸反正面打印。如申请人无民事行为能力，可由其监护人签字。