**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。