乌海市职工因病或非因工伤残

丧失劳动能力鉴定表

乌劳鉴非字〔 〕 号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **职工姓名** |  | **身份证号** |  | | | 一寸近期  免冠彩色  照 片 |
| **性 别** |  | **联系电话** |  | | |
| **用人单位** |  | | | | |
| **伤病时间** |  | **确诊医院** |  | | |
| **伤病诊断** |  | | | | | |
| **治疗经过** |  | | | | | |
| **申**  **请**  **人**  **意**  **见** | **被鉴定人签字：**  **单位（签章）**  **年 月 日** | | | **行政**  **主管**  **部门**  **意见** | **（签章）**  **年 月 日** | |
| **盟市劳动**  **能力鉴定**  **委员会鉴**  **定结论** |  | | | | | |
| **鉴定结论**  **送达时间** | **单位（签章） 职工签字：**  **年 月 日 年 月 日** | | | | | |
| **备注** |  | | | | | |

**本表一式四份**