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**