焦作市非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期一寸彩照 |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主要诊断 |  |
| 伤病情况简述： |
| 申请单位意见及盖章：年 月 日 | 县(市)区人社行政部门意见及盖章：年 月 日 |
| 查体主要所见：辅助检查结果：主检医师签名：年 月 日 |
| 专家组意见：依据《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定标准（试行）》（劳社部发〔2002〕8号） ，该同志符合 丧失劳动能力。专家组签名：年 月 日 |
| 劳动能力鉴定委员会鉴定结论：(盖章)年 月 日 |