**机关事业单位工作人员病退鉴定表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 年 龄 | | 周岁 | | | 贴  小  二  寸  红  底  照  片 |
| 性 别 | |  | 身份证号码 | |  | | |
| 单位名称 | |  | | | 单位类别 | |  |
| 单位联系人  及电话 | |  | | | 被鉴定人  联系电话 | |  | |
| 申请鉴定伤病名称  1、  2、  3、 | | | | | | | | |
| 用  人  单  位  意  见 | （公章）  年 月 日 | | | 主  管  部  门  意  见 | | （公章）  年 月 日 | | |
| 身份证复印件粘贴处  （正面） | | | | 身份证复印件粘贴处  （背面） | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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，无主管部门可以不签署意见。