**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。