**参加省级养老保险统筹人员病退鉴定表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 年 龄 | | 周岁 | 贴  小  二  寸  红  底  照  片 |
| 单 位 | |  | | | |
| 联 系 人 | |  | 联系电话 | |  |
| 申报单位  联系人及电话 | |  | | | | |
| 申请鉴定伤病名称  1、  2、  3、 | | | | | | |
| 申  报  审  查  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，申报审查意见处加盖所在单位公章。