**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。