劳动能力鉴定申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **被鉴定人信息栏** | 姓名： | | 一寸近期  免冠彩色  照片 |
| 医疗机构诊断： | |
| 证件类型 居民身份证 □ 其他 □  身份证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | |
| 联系电话（必填一项）： （手机） （固话） | | |
| 联系地址：  邮编□□□□□□ | | |
| **用人单位信息栏** | 单位名称： | | |
| 联系人： 联系电话： | | |
| 联系地址：  邮编□□□□□□ | | |
| **申报事项确认栏** | 申请鉴定类型：  □非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定 | | |
| 申请主体：  □1.用人单位 □2.职工或者其近亲属 □3.社会保险经办机构 | | |
| 申请人签名或者盖章：  年 月 日 | 申请单位盖章：  年 月 日 | |