

参加省级养老保险统筹人员

劳动能力鉴定表

姓名		年龄	周岁	照片
单位		缴费年限		
联系人		联系电话		
申报疾病名称				
1.				
2.				
3.				
贴身份证复印件			申报审查意见:	
			(公章) 年 月 日	
市劳动能力鉴定机构				
审核意见:				
年 月 日				

查体所见及辅助检查:

专家意见	年 月 日
鉴定结论	年 月 日

此表用 A4 纸双面打印。