

国有改制企业解除劳动关系人员

劳动能力鉴定表

姓名		年龄	周岁	照片
解除劳动关系时间		缴费年限		
联系人		联系电话		
原单位名称				
申报伤病名称				
1.				
2.				
3.				
贴身份证复印件			档案托管机构 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