

机关事业单位工作人员病退鉴定表

姓 名		出生年月		贴 小 二 寸 照 片
性 别		身份证 号 码		
单位名称			单位类别	
单位联系人 及电话			被鉴定人 联系电话	
申请鉴定 伤病名称	1. ----- 2. ----- 3. ----- 4. -----			
用人单位 意 见	(公章) 年 月 日			
主管部门 意 见	(公章) 年 月 日			
劳动能力 鉴定机构 受理意见	(公章) 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