劳 动 能 力 鉴 定 表（ 再次鉴定 ）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年 龄 | | 周岁 | | 照 片 |
| 单 位 |  | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | |  | |
| 原鉴定时间： | | | 所属地区： | | | |
| 原鉴定结论： | | | | | | |
| 申报疾病名称 | | | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
|  | | | | | 申报审查意见： | |
| 贴身份证复印件 | | | | |  | |
|  | | | | | (公章) 年 月 日 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 查体所见及辅助检查： | |  |
| 检专  查家  结意  论见 | 主检专家： | 年 月 日 |
| 省委  劳员  动会  鉴意  定见 |  | 年 月 日 |

注：本表一式一份，A4 纸正反面打印，此结论为最终结论。