附件

劳动能力鉴定表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 工伤职工信息栏 | 工伤职工姓名： 联系电话： | 一寸近期免冠彩色照 片 |
| 工伤认定决定书编号： |
| 工伤部位： |
| 联系地址：邮编：□□□□□□ |
| 用人单位信息栏 | 用人单位名称： |
| 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□1、初次鉴定□2、再次鉴定：（初次鉴定结论\_\_\_\_\_\_\_\_\_）□3、复查鉴定：（近次鉴定结论\_\_\_\_\_\_\_\_\_） | 申请鉴定项目□1、伤残等级□2、生活自理障碍程度□3、辅助器具配置：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□4、疾病与工伤关联：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请主体（请在□内打√单项选择）□1、用人单位　　□2、工伤职工或其近亲属　　□3、社保经办机构 |
| 申请人签名或盖章：年　　月　　日 |
| 申报单位印章年　　月　　日 | 身份证复印件粘贴处 |
| 查体： |
| 专家意见：年　　月　　日 |
| 劳动能力鉴定委员会结论：年　　月　　日 |