附件2

濮阳市职工非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠一寸照片 |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份证号码 |  | 职务（工种） |  |
| 伤病名称 |  | 伤病发生时间 |  |
| 主要伤病情况 |  |
| 用人单位意见 |  （公章）单位负责人： 年 月 日 |

濮阳市职工非因工伤残、因病丧失劳动能力鉴定体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年 龄 |  | 近期免冠一寸照片 |
| 工作单位 |  |
| 伤病部位 |  |
| 体 检 情况 | 体检医师签名： 年 月 日 |
| 专家组意见 | 依据劳社部发〔2002〕8号鉴定标准第  条，经专家组研究，建议评定为 完全丧失劳动能力。专家组签名： 年 月 日 |