

编号：_____

职工工伤与职业病致残程度鉴定申请表

被鉴定人姓名：_____ 性 别：_____

用人单位：_____

申报时间：_____ 年 _____ 月 _____ 日

申报人姓名：_____ 联系电话：_____

沈阳市劳动能力鉴定委员会

职工工伤与职业病致残程度鉴定申请表(表一)

姓名		性别		出生	年 月 日	照 片
单位						
受伤时间	年 月 日		身份证号码			
参加工作时间		企业性质		工种(职务)		
受伤部位或器官						
首诊时间:						
鉴定类型: 初次鉴定 <input type="checkbox"/>				复查鉴定 <input type="checkbox"/>		
确认事项: 停工留薪期 <input type="checkbox"/>			安装配置辅助器具 <input type="checkbox"/>		生活自理障碍 <input type="checkbox"/>	
工 伤 、 职 业 病 发 生 经 过 及 治 疗 情 况						
被 鉴 定 人 签 字				申 报 单 位 意 见		
年 月 日				(公章) 年 月 日		

上报时需附带的资料:

- 1、劳动行政部门审批的工伤认定材料。
- 2、职业病鉴定需《职业病诊断证明书》。
- 3、抢救、治疗诊断、近期病志、有关理化检验结果和影像资料。

注:表一由申报单位或个人用钢笔或黑色碳素笔填写。

职工工伤与职业病致残程度鉴定表(表二)

	<p>伤情、残情介绍：</p> <p>现场查体（临床检查）：</p> <p>理化检查：</p> <p>诊断：</p> <p>评残依据：《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》(GB/T16180-2014)</p> <p>评残级别：</p> <p>是否需继续治疗：是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/>；</p> <p>是否需护理依赖：是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/>；</p> <p>是否需配置补偿功能器具：是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/>；</p> <p>专家签字（章）： _____ 年 月 日</p>
	<p>复核专家意见：</p> <p>复核专家签字： _____ 年 月 日</p>

职工工伤与职业病致残程度鉴定表(表二)

	<p>伤情、残情介绍：</p> <p>现场查体（临床检查）：</p> <p>理化检查：</p> <p>诊断：</p> <p>评残依据：《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》(GB/T16180-2014)</p> <p>评残级别：</p> <p>是否需继续治疗：是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/>；</p> <p>是否需护理依赖：是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/>；</p> <p>是否需配置补偿功能器具：是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/>；</p> <p>专家签字（章）： _____ 年 月 日</p>
	<p>复核专家意见：</p> <p>复核专家签字： _____ 年 月 日</p>

职工工伤与职业病致残程度鉴定表(表二)

	<p>伤情、残情介绍：</p> <p>现场查体（临床检查）：</p> <p>理化检查：</p> <p>诊断：</p> <p>评残依据：《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》(GB/T16180-2014)</p> <p>评残级别：</p> <p>是否需继续治疗：是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/>；</p> <p>是否需护理依赖：是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/>；</p> <p>是否需配置补偿功能器具：是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/>；</p> <p>专家签字（章）： _____ 年 月 日</p>
	<p>复核专家意见：</p> <p>复核专家签字： _____ 年 月 日</p>

续页：

专家签字(章)：	年 月 日
----------	-------

被鉴定人	
现场签字	