

编号: _____

伤情与病情关联性申请表

被鉴定人姓名: _____ 性 别: _____

用人单位: _____

申报时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

经办人姓名: _____ 联系电话: _____

沈阳市劳动能力鉴定委员会

被鉴定人姓名		性别		年龄		照片
身份证号码				受伤时间		
申报时间	年 月 日			联系电话		
工作单位						
申报单位				申报人		
原受伤部位或器官						
伤情摘要						
伤 与 病 界 定 内 容				申 报 单 位		
				(公章) 年 月 日		

病历摘要：

分析说明：

鉴定专家签字：1.

2.

3.

年 月 日

被鉴定人 现场签字	
--------------	--