

因病或非因工劳动能力鉴定申请表

姓 名		出生年月		近期一寸彩照
性 别		联系电话		
身份证号				
伤病发生 时 间		主要诊断 (疾病名称)		
人员类别	单位在职人员 <input type="checkbox"/> 个体灵活就业人员 <input type="checkbox"/>			
勾选单位在职人员后，*为必填内容				
*工作单位			*联系人电话	
*单位地址				
伤病情况 及医疗经过 (简要描述)				
本人或 近亲属 签字	年 月 日	*单位意见 (签字、 盖章)	年 月 日	