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 | | | | |