附件2

重庆市市级机关事业单位

工作人员因伤病丧失工作能力鉴定结论表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 职务或职称 | |  | | 贴  1  寸  照  片 |
| 性 别 | |  | 伤病发生时间 | | 年 月 日 | |
| 年 龄 | | 岁 | 申报病种 | |  | |
| 出生年月 | | 年 月 日 |
| 申请鉴定原因 | 年 月 日 | | | | | | |
| 伤病情况  及治疗经过 | 年 月 日 | | | | | | |
| 申报单位意见 | 年 月 日（盖章） | | | 主管部门意见 | | 年 月 日（盖章） | |
| 医  生  检  查  意  见 | 年 月 日（签字） | | | | | | |
| 医  院  诊  断  结  论 | 年 月 日（公章） | | | | | | |
| 鉴定专家意见 | 年 月 日（签字） | | | | | | |
| 审  批  意  见 | 年 月 日（公章） | | | | | | |

注：此表由重庆市人力资源和社会保障局统一印制，一式三份（双面打印）