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）