附件2

重庆市机关事业单位工作人员

因伤病丧失工作能力鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 参加工作时间 | | 年 月 | | 贴1寸照片 |
| 性 别 |  | 职务（职级）  或岗位 | |  | |
| 出生年月 | 年 月 | 伤病发生时间 | | 年 月 日 | |
| 身份证号码 |  | 申报病种 | |  | |
| 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  证  明 | 年 月 日（签字和盖章） | | | | | |
| 鉴  定  意  见 | 年 月 日（公章） | | | | | |

注：本表一式三份，请双面打印。