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。