附件3

市级机关事业单位工作人员因伤病丧失工作能力鉴定申报花名册

填报单位（盖章）： 主管部门（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 职务（职级）或岗位 | 申报病种 | | 伤病发生时间 | 手机号码 | 身份证号码 | 备注 |
| 病种数量 | 病种 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话（座机及手机）： 传真：

注：“申报病种”栏中病种数量为本人申请鉴定检查的病种数量，一经确定，不得更改。