附件6

职工非因工伤残或因病劳动能力鉴定汇总表

填报单位（盖章）： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 联系电话 | 病情 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

**填报人： 联系电话：**

**人社部门审核意见：（签名盖章） 日期：**

**市劳鉴办审核意见：（签名） 日期：**