**附件7**

**非因工伤残或因病职工丧失劳动能力鉴定表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | | | | | | | 1寸近期免冠彩色照片 |
| 性别 |  | 出生年月 |  | | | 参加工作时间 | |  | |
| 病历主要诊断 | |  | | | | | | | |
| 伤病发生时间 |  | | 医疗终结时间 | |  | | | | |
| 单 位 | |  | | | | | 联系人手机号 | |  | |
| 申请人意见 | | 申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 单位意见 | | 申报单位负责人签字：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 市劳动能力鉴定委员会办公室受理意见 | | 审核人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 医疗技术和查体所见 | |  | | | | | | | | | |
| 专家组意见 | | 符合《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定标准（试行）》（劳社部发〔2002〕8号） 分级标准。  建议鉴定为 程度档次。  鉴定专家签名： 、 、  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 劳动能力鉴定委员会鉴结论 | | 丧失劳动能力程度 | |  | | | | | | | |
| 盖 章  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：申请鉴定的单位或个人对劳动能力鉴定委员会作出的鉴定结论不服的，可以在收到该鉴定结论之日起15日内向省劳动能力鉴定委员会提出再次鉴定申请。

运城市劳动能力鉴定委员会印制