

职业伤害人员劳动能力鉴定申请表

流水号：

申请信息	平台企业名称											职业伤害 人员 近期 免冠照片									
	联系人		移动电话																		
	平台企业 送达地址	_____省_____市_____县（市区）																			
	新就业形态 就业人员姓名		公民身份号码 （社会保障号）																		
	联系人		移动电话																		
	新就业形态就业 人员送达地址	_____省_____市_____县（市区）																			
参保信息	是否参加职业伤害保障		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																		
职业伤害人员 受伤诊断及伤情 稳定后残疾和 功能情况简介	事故发生时间																				
	职业伤害确认结论书编号																				
	受伤害部位																				
	伤情稳定后残疾和功能情况简介：																				
申请类型	申请人类别 （可多选）	<input type="checkbox"/> 平台企业 <input type="checkbox"/> 职业伤害人员或者其近亲属																			
		<input type="checkbox"/> 社会保险经办机构																			
	申请类别	<input type="checkbox"/> 初次鉴定 <input type="checkbox"/> 复核鉴定 <input type="checkbox"/> 再次鉴定																			
	鉴定项目	<input type="checkbox"/> 劳动功能障碍程度等级鉴定																			
		<input type="checkbox"/> 生活自理障碍程度等级鉴定																			
	确认项目(请 初次鉴定时 一并勾选)	<input type="checkbox"/> 安装辅助器具的确认_____（填写辅助器具类型）																			
<input type="checkbox"/> 职业伤害治疗期延长的确认																					
申请劳动能力 鉴定理由																					

