工 伤 职 工 劳 动 能 力 鉴 定 申 请 表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 工 伤 职 工 信 息 栏 | 工伤职工姓名： | 一寸近期免冠彩色照片 |
| 工伤认定决定书编号： |
| 证件类型(请在□内打√，单项选择) 居民身份证□ 社会保障卡□ 其他□证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 联系电话（必填一项）： （手机） （手机二） |
| 工伤职工地址： 邮编□□□□□□ |
| 指定送达方式：短信送达□ 现场送达□ 指定受送达人： 送达人联系电话（手机）：  |
| 用 人 单 位 信 息 栏 | 用人单位名称： |
| 用人单位联系人：  |
| 联系电话：（必填一项）： （手机） （手机二） |
| 用人单位地址： 邮编□□□□□□ |
| 指定送达方式：短信送达□ 现场送达□ 指定受送达人： 送达人联系电话（手机）：  |
| 申 报 事 项 信 息 栏 | 申请类型选择(请在□内打√，单项选择)：□初次鉴定 □复查鉴定 □再次鉴定 □其他  |
| 申请主体(请在□内打√，单项选择)：□1.用人单位 □2.工伤职工 □3.近亲属：姓名 ；与工伤职工关系 ；身份证件号码： ；□4.社会保险经办机构。 |
| 本人承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。申请人签名（盖章）： 年 月 日 | 本单位承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。申请单位签字（盖章）： 年 月 日 |

（注：本页由申请人填写，请准确填写各项信息）