

# 职业伤害劳动能力鉴定申请表

所属地：淮南市

受伤害人信息栏	受伤害人姓名		职业伤害确认 结论书编号		一寸近期 免冠彩色 照片		
	身份证号					性别	
	职业伤害确认 诊断结论		职业伤害 发生时间	年 月 日			
	手机号码	1. 2.					
	送达方式	<input type="checkbox"/> 自行领取 <input type="checkbox"/> 邮寄送达					
	指定送达地址： (或电子送达邮箱地址)						
指定受送达人：		电话：		邮编：			
平台企业 信息栏	平台企业名称				企业经办人 姓 名		
	送达方式	<input type="checkbox"/> 自行领取 <input type="checkbox"/> 邮寄送达			经办人 手机号码		
	指定送达地址： (或电子送达邮箱地址)						
	指定受送达人：		电话：		邮编：		
申报事项 信息栏	申请鉴定项目	<input type="checkbox"/> 劳动功能障碍程度鉴定 <input type="checkbox"/> 生活自理障碍程度鉴定					
	本次鉴定类型	<input type="checkbox"/> 初次鉴定 <input type="checkbox"/> 复查鉴定					
	申请主体	<input type="checkbox"/> 1. 用人单位 <input type="checkbox"/> 2. 受伤害人 <input type="checkbox"/> 3. 近亲属 <input type="checkbox"/> 4. 社会保险经办机构					
	近亲属姓名		关系		身份证号		
	申请人（申请企业）承诺：以上填写内容及所附申请材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。						
	申请人签字： (平台企业盖章)		申请时间： 年 月 日				

注：所有选项均为单选，请在□内打√。