

# 职业伤害劳动能力鉴定确认事项申请表

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	申请确认事项	<input type="checkbox"/> 康复治疗确认 <input type="checkbox"/> 延长职业伤害治疗期确认  <input type="checkbox"/> 配置辅助器具确认 <input type="checkbox"/> 旧伤复发确认					
	申请主体	<input type="checkbox"/> 1. 平台企业 <input type="checkbox"/> 2. 受伤害人 <input type="checkbox"/> 3. 近亲属					
	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√。