附件1

重庆市市级机关事业单位工作人员因伤病丧失工作能力鉴定申报花名册

填报单位（盖章）： 主管部门（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 年龄 | 职务或职称 | 现工作岗 位 | 申报病种 | 伤病发生时间 | 手机号码 | 备 注 |
| 病种数量 | 内 容 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话（座机及手机）： 传真：

注：“申报病种”栏中病种数量为本人申请鉴定检查的病种数量（按此数量收取鉴定费和医院检查费），一经确定，不得更改。