湖南省直单位职工劳动能力鉴定申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话及手机 |  |
| 详细住址 |  |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位经办人 |  | 经办人电话 |  | 手机 |  |
| 伤病发生时间 |  | 诊治医院 |  |
| 伤病治疗过程： |
| 医疗机构诊断结论： |
| 目前情况：  |
| 单位意见：单位公章 年 月 日 |
| 劳动能力鉴定委员会意见： 年 月 日 |

注： 此表应在工伤事故发生后15日-30日内通过“医疗、工伤、生育保险参保单位网上服务管理系统”网上申报或传真（0731-88335982）至湖南省直劳动能力鉴定委员会办公室备案。