

公 示 报 告

我单位职工 XXX, 男, 身份证号: XXXXXX 号, 因病完全丧失劳动能力, 生活无法自理。现由职工本人申请, 经单位领导研究决定, 准许 XXX 同志参加 2024 年度病退鉴定。特此公示, 公示期为: XXXX 年 XX 月 XX 日至 XXXX 年 XX 月 XX 日, 公示期间没有异议。

举报电话: 0372-8661200

XXXXX 单位

XXXX 年 XX 月 XX 日