

非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定申请登记及结论领取表

单位名称：

受理鉴定时间： 年 月 日

职工姓名		性别		身份证号	
申报主体	用人单位申请 () 职工个人或亲属申请 ()				
主要诊断					
联系人姓名及电话	单位		个人		
鉴定结论					
鉴定结论领取					
用人单位领取人	姓名			领取时间	
职工本人或近亲属领取人	姓名			领取时间	