# 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 2026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