

# 上海市工伤与职业病致残等级鉴定申请表

鉴定编号：\_\_\_\_\_

|        |  |
|--------|--|
| 工伤职工信息 | <p>工伤职工姓名_____ 认定工伤决定书编号_____</p> <p>初次（复查）劳动能力鉴定编号（再次鉴定填写）_____</p> <p>证件类型 <input type="checkbox"/>居民身份证_____ <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>手机号码_____ 其他电话_____</p> <p>指定送达地址_____</p> <p>指定收件人_____ 邮政编码_____</p> <p>（其他电话、初次（复查）劳动能力鉴定编号可为空，该栏其他信息均必填。）</p>   |
| 用人单位信息 | <p>用人单位名称_____</p> <p>单位联系人_____ 手机号码_____</p> <p>单位收信地址_____</p> <p>单位邮政编码_____ 其他电话_____</p> <p>用人单位类型_____</p> <p>（用人单位类型可为空，该栏其他信息均必填。）</p>  |
| 申请事项确认 | <p>申请鉴定类型选择（必填，请在□内打√单项选择）：</p> <p><input type="checkbox"/>1. 初次鉴定                      <input type="checkbox"/>2. 再次鉴定                      <input type="checkbox"/>3. 复查鉴定</p> <p>申请主体（必填，请在□内打√单项选择）：</p> <p><input type="checkbox"/>1. 用人单位    <input type="checkbox"/>2. 工伤职工或者其近亲属</p> <p><input type="checkbox"/>3. 社会保险经办机构    <input type="checkbox"/>4. 其他_____</p> <p>申请理由（请在□内打√单项选择）（再次鉴定填写）：</p> <p><input type="checkbox"/>1. 偏低    <input type="checkbox"/>2. 偏高    <input type="checkbox"/>3. 其他_____</p> <p>鉴定科别（必填，除职业病外的可多选，请在□内打√选择）：</p> <p><input type="checkbox"/>神经科              <input type="checkbox"/>精神科              <input type="checkbox"/>骨科              <input type="checkbox"/>眼科              <input type="checkbox"/>五官科              <input type="checkbox"/>外科</p> <p><input type="checkbox"/>泌尿内分泌科              <input type="checkbox"/>心血管内科              <input type="checkbox"/>呼吸科              <input type="checkbox"/>消化科              <input type="checkbox"/>血液科</p> <p><input type="checkbox"/>职业病</p> |

本次因工负伤时间（必填）：

本次因工负伤部位（职业病诊断）（必填）：

本次因工负伤诊断（必填）：

其他需要说明的情况（非必填）：

伤情是否稳定（必填，请在□内打√单项选择）：

1. 是

2. 否

申请人签名：

年 月 日

申请单位盖章：

年 月 日