

# 上海市职业伤害劳动能力鉴定申请表

鉴定编号：\_\_\_\_\_

新业态就业人员信息	<p>受伤害人员姓名_____职业伤害确认结论书编号_____</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>
平台企业信息	<p>平台企业名称_____</p> <p>平台服务机构_____</p> <p>单位联系人_____ 手机号码_____</p> <p>单位送达地址_____</p> <p>单位邮政编码_____ 其他电话_____</p> <p>行业类别_____</p>
申请事项确认	<p>申请鉴定类型选择（请在<input type="checkbox"/>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（请在<input type="checkbox"/>内打√单项选择）：</p> <p><input type="checkbox"/>1. 平台企业或者服务机构                      <input type="checkbox"/>2. 本人或者其近亲属</p> <p><input type="checkbox"/>3. 市社保经办机构                      <input type="checkbox"/>4. 其他_____</p> <p>申请理由（请在<input type="checkbox"/>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（可多选，请在<input type="checkbox"/>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>

本次职业伤害事故发生时间：

本次受伤害部位名称：

本次受伤害诊断：

其他需要说明的情况：

伤情是否稳定（请在□内打√单项选择）：

1. 是

2. 否

申请人签名：

年 月 日

申请企业盖章：

年 月 日