乌鲁木齐市因病或非因工致残丧失劳动能力鉴定申请表

因病	姓名:			
因病或非因工致残被鉴定人信息栏	□居民身份证	□ 社会保障卡		
	证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□			
被鉴定	联系电话(必填一项): (手机一) (手机二)			
人信息	邮寄送达地址:			
栏	收件人:		曲四名	
用	用人单位名称:			
八人单位	用人单位联系人; 联系电话:			
用人单位信息栏	邮寄送达地址:			
栏	邮编 □□□□□□			
	申请主体 (请在口内打 √,单项选择):			
申报	□ 1.用人单位	□ 1.用人单位 □ 2.职工本人		
	□ 3.近亲属:姓名 与职工关系 身份证件号码:			
	申请人类别 (请在口内打√,单项选择): □参加自治区级养老保险 □参加乌鲁木齐市级养老保险			
事项	被鉴定人员身份:			
信	□公务员□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	見活就业人员	□ 机关工勤人员	
息栏	□事业单位 □月			
,	主要病残情况简介(包括主要医院诊断、病程、治疗情况等):			
	本人承诺:以上内容及所提供医学资料及相关文书资料 本单位承诺:以上内容及所提供医学资料及相关文书资料			
	均真实有效,如有虚假,愿承担相关法律责任。 均真实有效,如有虚假,愿承担相关法律责任。			
	申请人签名(盖章):		申请单位签字(盖章):	
	年	月 日		年 月 日