

非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定委托书

(申请低保使用)

乌鲁木齐市劳动能力鉴定中心:

本辖区社区居民姓名: _____ 性别: _____
民族: _____ 身份证号码: _____。现委托
乌鲁木齐市劳动能力鉴定中心作出非因工伤残或因病丧失劳动
能力鉴定。

委托社区: (盖章)

年 月 日