

# 威海市劳动能力鉴定申请表

申请主体		<input type="checkbox"/> 用人单位 <input type="checkbox"/> 工伤职工或者其近亲属 <input type="checkbox"/> 双方			照片
工伤 职工 信息 栏	工伤职工姓名	性别	身份证号码：		
	工伤职工手机号码： (用于接收鉴定短信通知)				
	工伤职工通讯地址： (用于工伤职工结论送达)				
是否同意工伤职工鉴定结论文书以电子送达方式送达： <input type="checkbox"/> 同意 (按以上所填手机号码电子送达) <input type="checkbox"/> 不同意					
单 位 信 息	用工单位信息栏	用工单位全称：		用工单位联系人姓名	
		用工单位通讯地址： (用于接收工伤职工结论送达)		用工单位联系人电话	
		是否同意用人单位鉴定结论文书以电子送达方式送达： <input type="checkbox"/> 同意 (按以上所填手机号码电子送达) <input type="checkbox"/> 不同意			
	项目信息	项目名称： 项目总承包单位：		总承包单位联系人	
	项目总承包单位通讯地址：		总承包单位联系人电话		
是否同意总承包单位鉴定结论文书以电子送达方式送达： <input type="checkbox"/> 同意 (按以上所填手机号码电子送达) <input type="checkbox"/> 不同意					
工伤 信息 栏	工伤发生时间：      年    月    日	认定决定书编号：		工伤认定时间：      年    月    日	
鉴 定 信 息 栏	<input type="checkbox"/> 劳动功能障碍程度		<input type="checkbox"/> 生活自理障碍程度		
	<input type="checkbox"/> 单位申请延长停工留薪期确认，原停工留薪期为_____个月。				
	<input type="checkbox"/> 配置辅助器具确认 (辅助器具名称)：				
	<input type="checkbox"/> 疾病与工伤因果关系确认 (导致的疾病名称)：			诊断医师签名：	
	<input type="checkbox"/> 旧伤复发确认 (需确认旧伤复发伤病部位和复发原因)：			诊断医院盖章： (公 章)	
	<input type="checkbox"/> 复查鉴定    上次鉴定书编号：		上次鉴定时间：		
	上次鉴定级别：劳动功能障碍程度为_____级；生活自理障碍程度为_____自理障碍。				
内固定： <input type="checkbox"/> 已取 <input type="checkbox"/> 未取 (伤情已相对稳定) <input type="checkbox"/> 无内固定		收到工伤认定决定书是否已满六个月： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
工伤职工停工留薪期是否已满： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否在行政诉讼期内： <input type="checkbox"/> 是 (已向人民法院提出行政诉讼) <input type="checkbox"/> 否 (未向人民法院提出行政诉讼) <input type="checkbox"/> 否			
<p style="text-align: center;"><b>申请人承诺</b> (由个人或双方申请时填写)</p> 本人保证所填信息真实、有效。送达请以送达地址确认栏中所填写的信息为准，如需改变本申请表内信息，本人将以书面方式通知你委，如本申请表、所提交的申请资料存在虚假情形，本人愿意承担相关法律责任。		<p style="text-align: center;"><b>申请单位承诺</b> (由用人单位或双方申请时填写)</p> 本单位保证所填信息真实、有效。用人单位联系人为本单位此次鉴定过程中的全权代理人，送达地址以本表填写信息为准，如需改变本申请表内信息，本单位将以书面方式通知你委，如本申请表、所提交的申请资料存在虚假情形，本单位愿意承担相关法律责任。			
申请人签名： (或按手印)		法定代表人签名： (或加盖公章)			
年    月    日		年    月    日			