非因工伤残或因病职工劳动能力鉴定花名表

 单位/县（市、区）劳动鉴定委员会盖章： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位 | 姓名 | 性别 | 联系电话 | 主要病种 | 主要功能检查 | 所住医院 | 病案号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

主要领导签字： 审核人： 经办人：