

劳动能力鉴定（结论）表续：

专家组意见：

1. 劳动功能障碍程度

经鉴定符合伤残_____级；
2. 生活自理障碍程度

经鉴定符合_____护理依赖；

☐a) 进食；

☐d) 穿衣、洗漱；

☐b) 翻身

☐e) 自主行动；

☐c) 大、小便
3. 配置辅助器具确认

经鉴定_____。
4. 其他：

_____。

鉴定专家签名：

专家 1：

专家 4：

专家 2：

专家 5：

专家 3：

年 月 日

劳动能力鉴定委员会结论：

经审定，符合：

_____级伤残；

_____护理依赖；

配置辅助器具确认_____。

其他_____。

连云港市劳动能力鉴定委员会（盖章）

年 月 日

连云港市工伤职工劳动能力初次（复查）鉴定申请表

连云港市初次（复查）鉴定编号：（20 ）第 号

单位名称：_____

联系人：_____ 邮政编码：_____

联系电话：（手机）_____（固话）_____

联系地址：_____

职工姓名：_____

联系人：_____ 邮政编码：_____

联系电话：（手机）_____（固话）_____

联系地址：_____

申请鉴定类型（确认事项）选择（请在◇、□内打√单项选择）

◇1. 初次鉴定

◇2. 复查鉴定

□A. 劳动功能障碍程度鉴定；

□B. 生活自理障碍程度鉴定；

□C. 配置辅助器具确认，申请配置项目_____；□D. 其他_____。

注意事项：

1. 填表请用钢笔、签字笔，字迹工整；

2. 申请人应准确、规范填写《工伤职工劳动能力鉴定申请表》各项信息；

3. “工伤职工受伤诊断及伤情稳定后残疾和功能情况简介”填写伤情部位应与《工伤认定决定书》载明的伤情部位一致；

4. 申请人应准确填写联系方式，地址应写明省、市、区/县、街道/乡镇、门/楼详址；

5. 如有疑问，请咨询有关工作人员。（联系电话：0518-85685982；联系地址：

连云港市花果山大道19－6号）

（注：本表劳动能力鉴定委员会留存）

连云港市工伤职工劳动能力初次（复查）鉴定申请表续：

用人单位	用人单位是否参加工伤保险： ☐ 否 ☐ 是（社会保障编号：_____）		工伤职工 近期免冠 彩色照片
工伤职工	工伤职工是否参加工伤保险： ☐ 否 ☐ 是（社会保障编号：_____）		
	居民身份证（其他证件）：_____		
伤情和残疾情况	工伤认定决定书编号：_____		
诚信承诺	我叫_____，身份证号码：_____，住址：_____，电话号码：_____。现在申请办理工伤伤残鉴定，在申请和鉴定过程中，我做如下承诺： 1. 自觉遵守国家、省市关于劳动能力鉴定的有关政策和各项规定； 2. 真实、准确地提供本人个人信息、诊断证明书、化验单、病历及身份证明等相关材料，并自愿承担提供虚假材料引起的法律后果； 3. 对违反以上承诺所造成的后果，本人自愿取消鉴定资格。 承诺人：_____ _____年 月 日		
一次性告知	递交材料详细清单（请在□内打√）： ☐工伤职工身份证正反面复印件。 ☐住院的，提供医院病案室复印的完整住院病历，包括入院记录、手术记录、各种检查报告单、出院记录，加盖医院的病历复印专用章。 ☐没有住院的，提供门诊病历及各项检查报告单等完整检查材料。 ☐《工伤认定决定书》原件和复印件。 ☐工伤职工手持身份证的正面照片和身份证放在受伤部位照片各一张（五寸彩色照片）。 ☐申请复查鉴定的，还须提供原鉴定结论通知书的原件和复印件。		
申报事项确认	申请主体（请在□内打√） ☐ 1. 用人单位； ☐ 2. 工伤职工或者其他近亲属； ☐ 3. 社会保险经办机构。		
	用人单位盖章： _____年 月 日	工伤职工或近亲属签字确认： _____年 月 日	

劳动能力鉴定（结论）表

以下内容由劳动能力鉴定委员会填写:

鉴定门类	请在□内打√： 1. □神经内科 □神经外科 □精神科 2. □骨科 □整形外科 □烧伤科 3. □眼科 □耳鼻喉科 □口腔科 4. □普外科 □胸外科 □泌尿生殖科 5. □职业病内科
伤情介绍	受伤简况：
	查体时间及情况：
鉴定依据	