

因病或非因工致残人员丧失劳动能力 鉴定（结论）表

姓名		性别		参工时间 (缴费起始年月)		一寸近期 免冠彩色 照片	
出生 时间		身份 证号					
用人 单位			联系人 电话				

病残情介绍：（专家组现场检查的具体情况，详细记录包括病残情况、器官功能障碍程度、诊断情况等）

鉴定依据：（写明得出鉴定结论的准确条款）

符合《职工因病或非因工致残丧失劳动能力鉴定标准（施行）》（劳社部发〔2002〕8号）分级标准_____

符合《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》（GB/T16180-2014）分级标准 _____

专家组意见：_____丧失劳动能力。

鉴定专家签名：
专家 1：_____； 专家 2：_____； 专家 3：_____；
专家 4：_____； 专家 5：_____。

劳动能力鉴定委员会结论：（劳动能力鉴定委员会根据专家组意见作出）

经审定，符合：
_____丧失劳动能力。

审核人签名（印章）：
年 月 日

（注：本页劳动能力鉴定委员会留存）