职业病诊断鉴定申请书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请方 | | □用人单位 □劳动者 | | | | | | | | |
| 委托人姓名或委托鉴定机构名称 | |  | | | 联系电话 | | |  | | |
| 劳动者  信息 | 姓名 | |  | 身份证号码 | | |  | | | |
| 联系电话 | |  | 通信地址 | | |  | | | |
| 用人单位信息 | 名称 | |  | | | | 法人姓名 | | |  |
| 通信地址 | |  | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | | 联系电话 | | |  |
| 原职业病诊断机构 | 名称 | |  | | | | 诊断结论 | | |  |
| 申请鉴定主要理由 |  | | | | | | | | | |
| 应当提交资料 | 已提交资料，请在以下方框□中打√：  □职业病诊断鉴定申请表； □职业病诊断证明书（复印件）； □当事人有委托人的还应当提交《职业病诊断鉴定委托授权书》（原件）。 | | | | | | | | | |
| 真实性  承诺 | 本人承诺所提供的资料客观真实,对因提供资料不实造成的后果,责任自负,并按有关规定接受相关处罚。 | | | | | | | | | |
| 申请人签字  （或签章） | | |  | | | 申请日期 | | | 年 月 日 | |

注：本表一式一份，由鉴定办事机构存档。