附件目录2

劳动能力鉴定业务附件

附件12《职工工伤劳动能力鉴定申请表》

附件13《劳动能力鉴定不予受理通知书》

附件14《劳动能力鉴定材料补正告知书》

附件15《劳动能力现场鉴定预约信息通知单》

附件16《职工工伤劳动能力鉴定专家意见表》

附件17《劳动能力鉴定补充检查或诊断告知书》

附件18《劳动能力鉴定终止通知书》

附件19《劳动能力鉴定结论通知书》（初次复查）  
附件20《劳动能力鉴定结论通知书》（确认事项）

附件21《劳动能力鉴定结论通知书》（复核）

附件22《劳动能力鉴定结论通知书》（再次）

附件23《劳动能力鉴定结论更正通知书》

附件24《劳动能力鉴定结论撤销通知书》

附件25《劳动能力鉴定文书送达回执》

附件26《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定申请表》

附件27《江苏省职工非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定专家意见表》

附件28《劳动能力鉴定结论通知书》（初次）

附件29《劳动能力鉴定结论通知书》（复核）

附件12

职工工伤劳动能力鉴定申请表

流水号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请信息 | 单位全称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 工伤职工  近期  免冠照片 | | | | | |
| 单位联系人 | |  | | | 移动电话 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 单位送达地址 | | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 职工姓名 | |  | | 公民身份号码  （社会保障号） | | | |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 职工联系人 | |  | | 移动电话 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 职工送达地址 | | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参保信息 | 工伤时职工是否参加工伤保险 | | | | | | □ 是 □否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工伤职工受伤诊断治疗及伤情稳定后残疾和功能情况  简介 | 事故发生/职业病诊断时间 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 认定工伤决定书编号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受伤害部位/职业病名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 伤情稳定后残疾和功能情况简介： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类型 | 申请人类别（可多选） | □用人单位 □工伤职工或者其近亲属 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □社会保险经办机构 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类别 | □初次鉴定 □复核鉴定 □复查鉴定 □再次鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鉴定项目 | □劳动功能障碍程度等级鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □生活自理障碍程度等级鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 确认项目(请初次鉴定时一并勾选) | □安装辅助器具的确认 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □旧伤复发的确认 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □停工留薪期延长的确认 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □法律法规规定的其他确认事项 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请劳动能力鉴定理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报事项 确认栏 | 申请复核及再次鉴定需填写的信息内容 | | | 收到市级劳动能力初次（复查）鉴定结论书日期 | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 结论书编号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鉴定结论 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请再次鉴定需填写的信息内容 | | | 收到市级劳动能力复核鉴定结论书日期 | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 结论书编号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鉴定结论 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 劳动关系是否续存 | | | | | | | | □是 □否 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请材料 | | | 1.《认定工伤决定书》复印件； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 工伤职工居民身份证复印件； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 有效的诊断证明，按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整有效的病历材料； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.申请复查鉴定还应提供历次鉴定结论复印件； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.劳动关系续存证明材料； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被鉴定人（签名） | | | | | | | 单位（公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人已详细阅读“职工工伤劳动能力鉴定申请表填报指南”，承诺所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。  承诺人（签名） 移动电话 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：1.填表请用钢笔、签字笔，字迹工整。

2.申请初次鉴定需要经治疗和康复后，伤情已基本稳定。如鉴定过程中发现仍需康复治疗的，作出劳动能力鉴定结论的期限相应顺延。

3.“残疾和功能情况”载明的伤情要与《认定工伤决定书》描述的伤情部位一致。

4.复核鉴定应在收到初次鉴定结论之日起15日内提出申请；再次鉴定应在收到复核鉴定结论之日起15日内提出申请。

5.复查鉴定应在自上一次作出鉴定结论之日起1年后，且在工伤保险关系续存期间提出申请。

6.如有疑问，请咨询有关工作人员。

通讯地址： 固定电话：

附件13

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 劳动能力鉴定不予受理通知书  **编号：** | | |
| ： | |  |
| 你(单位)于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日提交 劳动能力鉴定申请  收悉。 | | |
| 经审查： 。 | | |
| 根据《江苏省工伤职工劳动能力鉴定管理办法》规定，现决定不予受理。 | | |
|  | ×××劳动能力鉴定委员办公室 | |
| 年 月 日 | | |

附件14

编号：

**劳动能力鉴定材料补正告知书**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

你（单位）提出的\_\_\_\_\_\_\_\_劳动能力鉴定申请已于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日收到，经审核，材料不完整，尚欠缺；

1.

2.

3.

特此告知，请于收到本告知书之日起7个工作日内补正上述材料，逾期未补正的视为自动放弃鉴定申请。

××省/市劳动能力鉴定委员会办公室

年 月 日

编号：

**劳动能力鉴定材料补正告知书**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

你（单位）提出的\_\_\_\_\_\_\_\_劳动能力鉴定申请已于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日收到，经审核，材料不完整，尚欠缺；

1.

2.

3.

特此告知，请于收到本告知书之日起7个工作日内补正上述材料，逾期未补正的视为自动放弃鉴定申请。

××省/市劳动能力鉴定委员会办公室

年 月 日

附件15

劳动能力现场鉴定预约信息通知单

（请凭本通知单参加现场鉴定）

**­**流水号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 你（单位）提出的劳动能力鉴定申请已收到，经审核，材料完整，现将劳动能力鉴定安排通知如下： | | | |
| 被鉴定人姓名 |  | | |
| 单位名称 |  | | |
| 鉴定时间 | 年 月 日 时 分 | | |
| 鉴定地点 |  | | |
| 鉴定事项 | □工伤 □非因工 | 医学分科 |  |
| 参加  鉴定  注意  事项 | 1.请参加鉴定人员准时到达鉴定现场，超过鉴定安排时间1小时的，视为自动放弃本次鉴定；  2.请参加鉴定人员携带个人身份证原件、就诊病历、出院记录、医学影像资料（X光片、CT、磁共振等影像片）、检查报告、病理报告等病史材料原件到场；  3.请参加鉴定人员准备好医学检查备用金；  4.鉴定结束请将病历资料的原件带走，一旦遗留在鉴定现场，将无法找回。  5.其他与鉴定科目相关的事项。 | | |
| 鉴定  结论  送达  须知 | 1、鉴定结论将在参加现场鉴定之日起30天后，按申请鉴定时所留邮寄方式分别寄送给用人单位和工伤职工。特殊情况将视情延期，并另行通知。 2、如邮寄方式需要更改或要求自取鉴定结论的，请及时与本委联系。自取鉴定结论时，用人单位经办人需持单位介绍信和身份证原件；工伤职工需持身份证或社会保障卡原件，受委托人需持授权委托书和经办人的身份证原件。 | | |
| 其他注意事项 | 材料补充/补充检查时间不计入在内。 | | |
| 联系方式 | 区号—电话（可备注工作时间） | | |

附件16

职工工伤劳动能力鉴定专家意见表

流水号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被鉴定人信息 | 姓名 |  | | 身份证号 |  | | 工伤职工近期免冠照片 |
| 用人单位名 称 | |  | | | |
| 参加工伤保险情况 | | | | | □是 □否 |
| 申请人类别 | □用人单位 □工伤职工或者其近亲属 □社会保险经办机构 | | | | | | |
| 申请 类别 | □初次鉴定 □复核鉴定（初次鉴定结论 ）  □再次鉴定（X市初次鉴定结论 复核鉴定结论 ）  □复查鉴定（历次鉴定结论） | | | | | | |
| 申请项目 | □1.劳动功能障碍程度鉴定； □2.生活自理障碍程度鉴定；  □3.配置辅助器具确认； □4.停工留薪期超过12个月是否延长的确认；  □5.旧伤复发确认； □6.法律法规规定的其他确认。 | | | | | | |
| 鉴定 门类 | □神经内科 □神经外科 □精神科 □骨科 □整形外科 □烧伤科  □眼科 □耳鼻喉科 □口腔科 □普外科 □胸外科 □泌尿生殖科□职业病内科 □外科 □其他 | | | | | | |
| 伤 情 介 绍 | 受伤简况：事故发生时间 + 受伤害经过简述 | | | | | | |
| 查体时间及情况： | | | | | | |
| 鉴  定  依  据 |  | | | | | | |
| 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 生活自理障碍；  □ 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：  年 月 日 | | | | | | | |
| 劳动能力鉴定委员会结论：  经审定，符合：伤残 级； 生活自理障碍；  确认 。  ×××劳动能力鉴定委员会（盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

（注：本表劳动能力鉴定委员会留存）

附件17

**劳动能力鉴定补充检查或诊断告知书**

流水号：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

因鉴定工作需要，专家组认为您需要补充以下检查或诊断：

补充检查或诊断

1.

2.

3.

请被鉴定人及时将相关材料提交我委。补充检查和诊断的时间不计入鉴定结论作出时限内。

×××劳动能力鉴定委员办公室

年 月 日

附件18

劳动能力鉴定终止通知书

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

由于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，经研究，根据《工伤职工劳动能力鉴定管理办法》和《江苏省劳动能力鉴定管理办法》，决定终止 本次劳动能力鉴定。

×××劳动能力鉴定委员办公室

年 月 日

附件19

劳动能力鉴定结论通知书

苏xxxx劳鉴工初/复〔2020〕 号

被鉴定人：

身份证号：

用人单位：

认定工伤决定书编号：

根据《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病伤残等级》（GB/T16180-2014）标准，被鉴定时的伤残情况，经本委鉴定，致残程度为级， 生活自理障碍。

对本鉴定结论不服的，可以自收到本鉴定结论之日起15日内向XX市劳动能力鉴定委员会申请复核鉴定。

××市劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本鉴定结论书一式四份，工伤职工、用人单位、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

附件20

劳动能力鉴定结论通知书

苏xxxx劳鉴工确〔2020〕 号

被鉴定人：

身份证号：

用人单位：

认定工伤决定书编号：

经本委鉴定，确认

或

根据《工伤保险辅助器具配置管理办法》，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_被鉴定时的伤残情况，经本委鉴定，

或

经本委鉴定，确认 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_在 \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日对\_\_\_\_进行治疗的情况，\_\_\_\_\_\_旧伤复发。

或

经本委鉴定，建议\_\_\_\_\_\_进行康复治疗。

×××劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本鉴定结论书一式四份，工伤职工、用人单位、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

附件21

劳动能力鉴定结论通知书

苏xxxx劳鉴工核〔2020〕 号

被鉴定人：

身份证号：

用人单位：

认定工伤决定书编号：

根据《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病伤残等级》（GB/T16180-2014）标准， 被鉴定时的伤残情况，经本委鉴定，致残程度为\_\_级，\_\_\_ 生活自理障碍。

对本鉴定结论不服的，可以自收到本鉴定结论之日起15日内向江苏省劳动能力鉴定委员会申请再次鉴定。

×××劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本鉴定结论书一式四份，工伤职工、用人单位、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

附件22

劳动能力鉴定结论通知书

江苏劳鉴工再〔2020〕 号

被鉴定人：

身份证号：

用人单位：

认定工伤决定书编号：

根据《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病伤残等级》（GB/T16180-2014）标准，\_\_\_\_\_\_被鉴定时的伤残情况，经本委鉴定，致残程度为\_\_\_\_级，\_\_\_生活自理障碍。

本鉴定结论为最终结论。

江苏省劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本鉴定结论书一式四份，工伤职工、用人单位、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

附件23

劳动能力鉴定结论更正通知书

编号：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

我委于 年 月 日对被鉴定人 （公民身份号码：）作出的 ，现予更正。

×××劳动能力鉴定委员办公室

年 月 日

附件24

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **劳动能力鉴定结论撤销通知书** | |  |
|  |  | 编号： |
| : | |  |
| 我委于 年 月 日对被鉴定人姓名（公民身份号码：\_\_\_\_\_\_） 作出的 ，经过审核， ，我委决定撤销 。 | | |
|  | ×××劳动能力鉴定委员办公室 | |
| 年 月 日 | | |

附件25

劳动能力鉴定文书

送达回执

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 单位 | 个人 |
| 受送达人名称 | 用人单位名称 | 被鉴定人员姓名 |
| 送达文书名称及编号 |  |  |
| 送达方式 |  |  |
| EMS单号 |  |  |
| 送达地点 | 直接送达（默认）：服务窗口 | |
| 收件人签字  或盖章 |  | |
| 送达时间 |  | |
| 备 注 |  | |

附件26

职工非因工伤残或因病丧失

劳动能力程度鉴定申请表

流水号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请信息 | 被鉴定人姓名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 近  期  照  片 |
| 性别 |  | 出生年月 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 公民身份号码  （社会保障号） | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 移动电话 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被鉴定人送达地址 | | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位全称（公章） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位联系人 | |  | | | | | | | | | 移动电话 | | | | | | | |  | | | | | |
| 单位送达地址 | | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注：挂靠人员填写档案/保险挂靠单位，并由挂靠单位盖章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类型 | 申请人类型  （可多选） | | □用人单位 □职工或者其近亲属 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类别 | | □初次鉴定申请 □复核鉴定申请 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鉴定目的（单选） | | □非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定  □申请享受非因工供属待遇人员丧失劳动能力鉴定  □申请享受工伤供属待遇人员丧失劳动能力鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要病伤情况简介 | 主要疾病 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病伤初发时间 病程持续时间 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病伤发生情况 及初次诊断 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要病伤情况简介 | 治疗过程简况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 目前病伤情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请劳动能力鉴定理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报事项 确认栏 | 申请复核鉴定 需填写的信息内容 | | 收到市级劳动能力初次鉴定结论书日期 | | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 结论书编号 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 鉴定结论 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 申请材料 | | 1、二代身份证复印件； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 有效的诊断证明，按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整有效的病历材料； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3、供养亲属证明； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4、历次鉴定结论复印件； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5、劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被鉴定人（签名）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | 单位或相关部门（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 本人已详细阅读“职工非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定申请表填报指南”，承诺所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。  承诺人（签名） 移动电话 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：1.填表请用钢笔、签字笔，字迹工整。

2.复核鉴定应在收到初次鉴定结论之日起15日内提出申请。

3.如有疑问，请咨询有关工作人员。

通讯地址： 固定电话：

附件27

江苏省职工非因工伤残或因病丧失

劳动能力鉴定专家意见表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被鉴定人信息 | 被鉴定人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证 号码 |  | | | | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 申请 类型 | □初次鉴定申请  □复核鉴定申请(初次鉴定结论 ) | | | | | |
| 鉴定 目的 | □非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定  □申请享受非因工供属待遇人员丧失劳动能力鉴定  □申请享受工伤供属待遇人员丧失劳动能力鉴定  □其他 | | | | | |
| 鉴定 病种 | □a.神经科；□b.精神科；□c.骨科；□d.眼科；  □e.肿瘤科；□f.耳鼻喉科；□g.普外科；□h.泌尿科；  □i.血液科；□j.心血管科；□k.呼吸科；  □l.消化科；□m.内分泌科；□n.其他 | | | | | |
| 伤 情 介 绍 | 科检查情况: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 科检查情况: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 伤 情 介 绍 | 科检查情况: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 鉴 定 依 据 |  | | | | | |
| 专家组意见：  丧失劳动能能力；  其他 。  鉴定专家签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 劳动能力鉴定委员会结论：  经审定， 丧失劳动能能力；  其他 。  XXX劳动能力鉴定委员会    年 月 日 | | | | | | |

（注：本表劳动能力鉴定委员会留存）

附件28

**劳动能力鉴定结论通知书**

苏xxxx劳鉴非〔2020〕 号

被鉴定人：

身份证号：

用人单位：

根据《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定标准(试行)》国家标准，经劳动能力鉴定专家组鉴定，对\_\_\_\_\_\_同志的劳动能力程度作出如下鉴定结论：\_\_\_\_\_\_

。

对本鉴定结论不服的，可以自收到本鉴定结论书之日起15日内向XX市劳动能力鉴定委员会申请复核鉴定。

XX市劳动能力鉴定委员会

年 月 日

附件29

**劳动能力鉴定结论通知书**

苏xxxx劳鉴非核〔2020〕 号

被鉴定人：

身份证号：

用人单位：

初次劳动能力鉴定结论编号：

根据《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定标准(试行)》国家标准，经劳动能力鉴定专家组鉴定，对 同志的劳动能力程度作出如下鉴定结论：\_\_\_\_\_\_

。

本鉴定结论为最终结论。

XX市劳动能力鉴定委员会

年 月 日