附件4

职业病诊断鉴定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 诊断鉴定对象 |  | 性 别 | |  | 身份证号码 | | |  |
| 申请人 |  | 与诊断鉴定  对象关系 | | |  | | | |
| 联系电话 |  | 申请日期 | |  | 申请诊断  鉴定次数 | |  | |
| 申请人通信地址 |  | | | | 邮政编码 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | 邮政编码 | |  | |
| 单位联系人 |  | 联系人电话 | | |  | | | |
| 工作单位地址 |  | | | | | | | |
| 原诊断机构 |  | 诊断结论 | | |  | | | |
| 首次诊断鉴定  机构 |  | 首次诊断鉴定  结论 | | |  | | | |
| 职业病危害接触史： | | | | | | | | |
| 提交的资料名称及份数（由职业病诊断鉴定办事机构工作人员填写）：  1.职业病诊断鉴定申请书 份；  2.职业病诊断证明书 份；  3.其他必要的有关材料 份。 | | | | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | |
| 申请人签名  （签章） |  | | 诊断鉴定办事机构经办人签名 | | |  | | |

注：本表格一式一份，由职业病诊断鉴定办事机构存档。