附件20

职业病诊断鉴定书

　（ ）卫职鉴〔20 〕 号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 用人单位名称 | |  | | | | |
| 职业病危害接触史 | |  | | | | |
| 申请诊断鉴定主要理由： | | | | | | |
| 诊断鉴定依据： | | | | | | |
| 诊断鉴定结论：    职业病诊断鉴定委员会  （公 章）  年 月 日 | | | | | | |

注：1.当事人对首次诊断鉴定结论不服的，可以在接到职业病诊断鉴定书之日起十五日之内，向省卫生健康委申请最终诊断鉴定。省卫生健康委指定省医学会承担省职业病诊断鉴定办事机构工作，负责受理和组织省级职业病诊断鉴定。省职业病诊断鉴定办公室地址：广州市越秀区惠福西路进步里2号广东省医学会，邮政编码：510180，联系电话：020-81854026。

2.省级职业病诊断鉴定结论为最终诊断鉴定。