编号：

因病或非因工致残人员病残情况说明

申请人姓名： 性别： 年龄：

身份证号：

申报机构：用人单位名称/所在街道名称/经办机构名称

初发诊断时间： 年 月 日

持续时间： 年

初发诊断机构： 医院

最近诊断机构： 医院

主要病残病症及程度：**（此处将申请人病残病症由重至轻逐一列举，包括病症名称、诊断时间、诊断机构、病历编号等）**

年 月 日接申请人 的病残劳动能力鉴定申请材料后，根据提交的材料调查核实确认申请人 信息准确，同意 申请病残劳动能力鉴定的请求，特此说明。

（申报机构盖章处）

年 月 日

注：此件一式二份，申报机构、申请人或者近亲属各留存一份。