附件

益阳市劳动能力鉴定医疗机构申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 组织机构代码 |  | 法定代表人 |  |
| 所有制形式 |  | 机构类别 |  |
| 医院等级 |  | 执业许可证号 |  |
| 机构开业时间 |  | 鉴定区域面积 |  m2 |
| 鉴定管理部门 | 部门名称 |  |
| 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 专职人员 |  | 联系电话 |  |
| 单位简介 |  |
| 申请单位意见 | 本单位符合益阳市劳动能力鉴定医疗机构申报条件，自愿承担益阳市劳动能力鉴定服务工作，申请成为益阳市劳动能力鉴定医疗机构，并承诺提供的所有申报信息真实、有效。单位法人（签字）： 申报机构（盖章） 年 月 日 |
| 初审意见 |  年 月 日 |
| 审批意见 |   年 月 日  |
| 备注 |  |