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 |  | | | | |