附件１

**省直机关事业单位工作人员工作能力鉴定表**

鉴定种类：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生年 月 |  | 职务 |  | 贴照片处（加盖单位公章） |
| 参加工作时间 |  | 疾病名称 |  | 病伤时间 |  |
| 鉴定人自诉病情症状： |
| 基层单位意见 | 主管部门意见 |
|  年 月 日 |  年 月 日 |
| 医师鉴定意见：  医务鉴定组成员（章）：  年 月 日 |

注：1、鉴定种类需填写“病退医鉴”或“病休医鉴”；

 2、此表一式两份。