附件4

|  |
| --- |
| 济源示范区非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定花名册 |
| 单位（盖章）： |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 申报疾病 | 治疗医院 | 住院时间 | 病案号 | 电话 | 备注 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 填表人： 联系人： 单位电话： 手机号： |