**广东省省级职业病鉴定申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **鉴定对象** |  | **性 别** |  | **身份证号码** |  |
| **申请人**  |  | **与鉴定对象关系** |  |
| **申请日期** |  | **劳动者方联系人** |  |
| **劳动者方联系地址** |  | **联系电话** |  |
| **用人单位** |  |
| **单位联系人** |  | **联系电话** |  |
| **用人单位联系地址** |  |
| **原诊断机构** |  | **诊断结论** |  |
| **首次鉴定机构** |  | **首次鉴定结论** |  |
| **申请诊断鉴定原因**： |
| **职业接触史**： |
| **提交的资料名称及份数**： |
| **备注：** |
|  **申请人签名** |  | **经办人签名** |  |