附件2：

韶关市劳动能力鉴定服务项目申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 机构代码 |  |
| 医院等级 |  | 是否公立医院 |  |
| 医疗机构执业范围 | （可复印医疗机构执业证） | | |
| 法人代表 | 姓名及身份证号码 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 项目负责人 | 姓名及身份证号码 |  | |
| 联系电话 |  | |
| 承诺提供服务内容 | （附页说明） | | |
| 申请单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | |
| 韶关市人力资源和社会保障局意见 | （盖章）  年 月 日 | | |