附件6

重庆市残疾人市级医院残疾鉴定复查申请表

残疾类别： 档案号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片 |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 文化程度 |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 单位或住址 |  | | | | |
| 致残原因 |  | | 残疾情形 | |  | |
| 申请复查  鉴定理由 |  | | | | | |
| 原鉴定结论 |  | | | | | |
| 区县残联  意 见 | 年 月 日 | | | | | |
| 市级复查  医院医生  鉴定情况 | 医生签名： 年 月 日 | | | | | |
| 市级医院复查审核并加盖公章 | （公章）年 月 日 | | | | | |