附件1

邵阳市劳动能力鉴定专家推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专家类别 | □外 科 □神经科 □眼科 □内 科  □耳鼻喉科 □精神科 □烧伤科 □肿瘤科  □骨 科 □康复科 □职业病 □ | | | | | 2寸  免冠  照片 |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 毕业院校 |  | | | 所学专业 | |  |
| 工作单位 |  | | | 联系电话 | |  |
| 职务、职称 |  | | | 现职称时间 | |  |
| 从事专业  方 向 |  | | | | | |
| 是否劳动能力鉴定在库专家 | □是（从事劳动能力鉴定工作时间）    □否 | | | 是否参加过  其他鉴定工作 | | □是（鉴定名称）    □否 |
| 银行卡号 |  | | 开户银行  （具体到支行） | |  | |
| 本人签名：    年 月 日 | | | 单位推荐意见：  （盖章）  年 月 日 | | | |
| 劳动能力鉴定委员会审批意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |

注：请随本表一并提交拟推荐专家的身份证、职称证书、执业资格证书复印件各一份。

附件2

劳动能力鉴定医疗卫生专家库推荐名单（样表）

（2025 年）

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 专业方向 | 专业技术职称 | 办公电话 | 手机号码 | 电子邮箱 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位地址： 邮编：

填报人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

**注意事项：已退休但未返聘的医疗卫生专家：①在填报工作单位、科室、行政职务信息时，均填写退休前所在单位相关信息（例：原XXX）；②单位推荐意见和填报单位无须填写；③单位地址填写为家庭地址。**