

衡水市“职工医疗互助”申请鉴定报告书

职工姓名		性别		年龄		参加活动起至时间	年 月 至 年 月		
工作单位					患病名称			是否特困	
患病成员			与求助职工关系		患病名称			备注	
首诊医院名称					首诊时间			住院费用	
各代办站调查处理意见	代办站主任签字： 年 月 日								
县级医疗鉴定小组组长意见	签字： 年 月 日				县级领导小组组长意见	签字： 公章 年 月 日			
市总服务中心处理意见	市领导小组办公室主任签字：								
市级医疗鉴定小组组长意见	签字： 年 月 日				市级领导小组组长意见	签字： 公章 年 月 日			

报告单位工会经办人签字：

市总工会经办人签字：

注：“活动起止时间”：如中间有断档，应从其后重新参加活动的的时间计算。