附件1

湖北省劳动能力鉴定专家推荐表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 专家类别 | □外科 □神经科 □五官科 □内科□职业病 □精神科 □影像科 □  | 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 |  | 职务、职称 |  |
| 联系电话 |  |  | 现职称时间 |  |
| 从事专业方 向 |  | 每周门诊或手术时间 |  |
| 从事劳动能力鉴定工作时 间 |  | 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） |  |
| 专家所在单位意见（盖 章）年 月 日 | 省劳动能力鉴定委员会审核意见 （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。本表电子版请发送至邮箱：17635905@qq.com.