附件

湖南省劳动能力再次鉴定医疗机构申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | |
| **单位地址** |  | | |
| **法人代表** |  | **联系电话** |  |
| **经办联系人** |  | **联系电话** |  |
| **单位简介** |  | | | |
| **本单位符合湖南省劳动能力再次鉴定医疗机构申报条件，自愿承担湖南省劳动能力再次鉴定服务工作，申请成为湖南省劳动能力再次鉴定医疗机构，并承诺提供的所有申报信息真实、有效。**  **单位法人（签字）：** **申报机构（盖章）**  **年 月 日** | | | |