附件6

**职业病诊断证明书**

 编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 用人单位名称 |  |
| 职业病危害接触史 |  |
| 诊断结论： |
| 处理意见： 诊断医师： 诊断机构：（签名） （公章） 年 月 日 年 月 日 |

注：如对本诊断结论有异议，可以在接到本证明书三十日内向 省（区、市）

 市（区）卫生局申请设区的市级职业病鉴定。