附件7

**职业病鉴定书**

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 | |  | | | | |
| 申请鉴定主要理由： | | | | | | |
| 鉴定依据： | | | | | | |
| 鉴定结论：  职业病诊断鉴定委员会  （公章）  年 月 日 | | | | | | |

注：1.根据《中华人民共和国职业病防治法》的规定，如对设区的市级职业病鉴定结论有异议，可以在接到职业病鉴定书十五日内向 省（区、市）卫生厅（局）申请省级职业病鉴定。

2.省级职业病鉴定结论为最终鉴定。