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。