

情况说明

自贡市人力资源服务中心:

本人_____（身份证号：_____）
系_____（单位名称）职工，于_____年____月和单位建立劳动关系，最近一年以单位职工身份连续缴纳养老保险，养老保险缴费年数已满 15 年及以上。本人于_____年____月在_____医院确诊为_____（疾病），治疗过程为：

_____(何年何月接受过何种治疗), 现申请病退休鉴定。

本人及本人所在单位郑重承诺：本人所述疾病非因工伤造成，提交的全部申请资料均真实有效，如有弄虚作假，本人及本人所在单位自愿承担全部法律责任。

申请人 (盖手印):

单位意见（签章）：

申请日期: