附件2：

 北京市见义勇为人员残情鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 照片（小二寸） |
| 出 生 年 月 |  | 身份证号 |  |
| 户 籍 地 址 |  |
| 现工作单位及联系电话 |  |
| 原残疾情况及等级**（调残时填写）** |  |
| 医疗卫生专家小组意见 | **1.残疾情况**：**2.建议等级：**参照《军人残疾等级评定标准（试行）》第 条第 款和第 条第 款，建议评为 级。 **3.专家小组成员签字（三名以上成员）：** （医疗卫生机构章） 年 月 日  |

备注：评残申请人对鉴定结果有异议的，可在收到此表后3 个工作日内提出重新鉴定的书面申请。