

附件 2

## 重庆市尘肺病临床诊断申请登记表

姓名		性 别		联系电话		本人照片
身份证 号码						
户籍住 址						
诊 断 疾 病 类 别	尘肺病临床诊断					
申请人自 述粉尘接 触史						
<p>劳动者提供的资料：</p> <p><input type="checkbox"/> 医疗卫生机构转诊证明</p> <p><input type="checkbox"/> 申请人身份证明</p> <p style="text-align: right;">申请人：（签名）</p> <p style="text-align: right;">日期：      年      月      日</p>						