

附件 2:

菏泽市残疾军人旧伤复发死亡认定通知书

编号: 2020

残疾军人旧伤复发死亡认定通知书存根	被鉴定人姓名		鉴定单位	菏泽市立医院	介绍时间	
	致残原因				死亡原因	
	经办人			联系人电话		

..... 盖 章

菏泽市残疾军人旧伤复发死亡认定通知书

编号:

鉴定单位：菏泽市立医院						
介绍单位：菏泽市退役军人事务局优抚褒扬纪念科						
介绍时间： 年 月 日 鉴定时间： 年 月 日						
经办人： 经办人电话：						
被鉴定人基本情况	姓名		性别		出生年月	年月日
	户籍地		身份证号			
	单位或住址		致残原因			
被鉴定人死亡原因及部位						
附送材料情况	《菏泽市残疾军人旧伤复发死亡认定审核表》、《评定伤残等级审批表》复印件、《关于贾其宇同志因旧伤复发死亡认定的申请报告》、家属申请、菏泽市 XXXX 住院病案、菏泽市 XXXX 医院住院病案、死亡注销证明等。					
备注	病故军人家属： ，身份证号： 电话：					