附件2

评估结果确认函

承办机构：

 经我司组织人员于XXXX年XX月XX日-XXXX年XX月XX日对贵机构提供的XX人员进行失能鉴定评估，现对评估结果确认如下：

本次评估达到重度失能标准的人员如下（共XX人）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 参保人员姓名 | 身份证号 | 评估人员 | 评估日期 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

本次评估达未到重度失能标准的人员如下（共XX人）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 参保人员姓名 | 身份证号 | 评估人员 | 评估日期 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

特此确认！

 XXXXXXXXXXXX

 年 月 日