因病或非因工致残人员病残情况说明

申请人姓名： 性别： 年龄：

身份证号：

初发诊断时间： 年 月 日

持续时间： 年

初发诊断机构：XX医院

最近诊断机构：XX医院

主要病残病症及程度：

（包括主要病残、持续病程、治疗情况、目前病残情况等）

以上情况属实，特此说明。

申请人签字（按压指纹）：

年 月 日